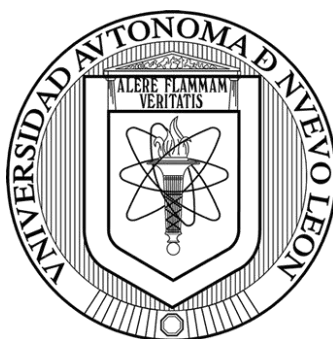


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE TENSION PARA FAMILIARES DE PERSONAS
CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

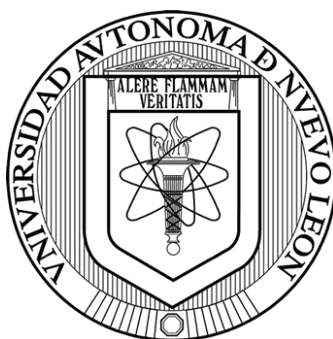
Por

MCE. ESTEFANY MARLENE LÓPEZ CHARLES

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE Tensión PARA FAMILIARES DE PERSONAS
CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Por

MCE. ESTEFANY MARLENE LÓPEZ CHARLES

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE Tensión PARA FAMILIARES DE PERSONAS
CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Por

MCE. ESTEFANY MARLENE LÓPEZ CHARLES

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE Tensión PARA FAMILIARES DE PERSONAS
CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Por

MCE. ESTEFANY MARLENE LÓPEZ CHARLES

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2021

MODELO EXPLICATIVO DE TENSION PARA FAMILIARES DE PERSONAS
CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Aprobación de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Director de Tesis y Presidente

Dra. Karla Selene López García

Secretario

Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

2do. Vocal

Dra. María Elena Teresa Medina-Mora Icaza

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	6
Modelo estrés-tensión-afrontamiento-apoyo (SSCS)	7
Funcionalidad familiar	10
Esperanza	11
Consumo de alcohol	12
Modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol	16
Estudios relacionados	25
Objetivos e hipótesis	47
Objetivo general	47
Objetivos específicos	47
Hipótesis	47
Definición de términos	48
Metodología	53
Diseño de estudio	53
Población, muestreo y muestra	53
Criterios de inclusión	53
Instrumentos de medición	54
Cédula de datos personales – consumidor	54
Cédula de datos personales – familiar	55
Cuestionario de impacto del consumo en la familia	55
Cuestionario de esperanza- desesperanza	56

Contenido	Página
Escala de efectividad de la funcionalidad familiar	56
Instrumento de afrontamiento	57
Cuestionario de apoyo Social para familiares de consumidores de drogas	59
Escala de síntomas –SRT	60
Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)	61
Procedimiento de recolección de datos	62
Consideraciones éticas	65
Análisis de datos	68
Capítulo III	69
Resultados	69
Confiabilidad de los instrumentos de medición	69
Estadística descriptiva	70
Estadística inferencial	89
Resultados para responder objetivos e hipótesis de estudio	92
Capítulo IV	
Discusión	110
Conclusiones	122
Recomendaciones	122
Limitaciones	123
Referencias	125
Apéndices	137
A. Autorización del estudio	138

Contenido	Página
B. Cédula de datos personales - Consumidor	139
C. Cédula de datos personales - Familiar	141
D. Cuestionario de impacto del consumo en la familia	143
E. Cuestionario de esperanza-desesperanza	144
F. Escala de evaluación de la funcionalidad familiar	145
G. Cuestionario de afrontamiento (consumo en hombres)	148
H. Cuestionario de afrontamiento (consumo en mujeres)	150
I. Cuestionario de apoyo social	152
J. Escala de síntomas (SRT)	153
K. Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)	154
L. Consentimiento informado para el familiar del consumidor de alcohol	155
M. Consentimiento informado para consumidor de alcohol	157

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos de medición	69
2. Variables categóricas sociodemográficas del familiar	70
3. Percepción del familiar sobre la conducta del consumidor	71
4. Variables categóricas sociodemográficas del consumidor de alcohol	73
5. Conducta de consumo de alcohol del familiar consumidor	74
6. Frecuencias y proporciones de estresores en el familiar	75
7. Frecuencias y proporciones de indicadores de estilos de afrontamiento-Retirada	76
8. Frecuencias y proporciones de indicadores de estilos de afrontamiento-Tolerante	77
9. Frecuencias y proporciones de indicadores de estilos de afrontamiento-Comprometido	78
10. Frecuencias y proporciones de indicadores de apoyo social formal	79
11. Frecuencias y proporciones de indicadores de apoyo social negativo	80
12. Frecuencias y proporciones de indicadores de apoyo social funcional	81
13. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Esperanza-Desesperanza	82
14. Porcentaje de nivel de funcionalidad familiar (Familiar y consumidor)	83
15. Frecuencias y proporciones de la Escala de síntomas- Síntomas físicos	84
16. Frecuencias y proporciones de la Escala de síntomas- Síntomas psicológicos	85
17. Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT (Consumo de riesgo)	86

Tabla	Página
18. Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT (Consumo dependiente)	87
19. Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT (Consumo perjudicial)	88
20. Variables descriptivas continuas del estudio	89
21. Coeficiente de Correlaciones Spearman para las variables del estudio	93
22. Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables consumo de alcohol y estresores	102
23. Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables consumo de alcohol y preocupación por el consumo de alcohol	103
24. Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables estresores y tensión	103
25. Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables consumo de alcohol y tensión	104
26. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables esperanza y funcionalidad familiar sobre tensión (procedimiento hacia atrás)	105
27. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables afrontamiento y apoyo social sobre tensión (procedimiento hacia atrás)	107

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Representación gráfica de relación de conceptos del modelo	23
2. Estructura Conceptual Teórico Empírica	24
3. Modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol	108

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo económico otorgado a través de la beca, la cual me permitió financiar mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A mi director de tesis, el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, por todo el tiempo brindado al dirigir este proyecto de investigación, por su dedicación como docente, su apoyo, comprensión, paciencia pero sobre todo por creer en mí y darme la oportunidad de crecer profesionalmente con los conocimientos impartidos.

A mis tres jurados, el Dr. Lucio Rodríguez Aguilar, la Dra. Karla Selene López García, el Dr. Vinicio Gomez Meza por sus grandes conocimientos aunado a sus consejos, tiempo y dedicación que permitieron el enriquecimiento de esta tesis. A los docentes de la Facultad de Enfermería, que impartieron cada una de las unidades de aprendizaje con calidad y excelencia.

A la Dra. Maria Elena Medina-Mora Icaza y la Dra Guillermina Natera Rey por permitirme realizar la residencia de los estudios doctorales en el Instituto Nacional de Salud Mental Dr. Ramón de la Fuente y por haber compartido su gran experiencia en investigación. Gracias por sus atenciones, consejos y aprendizaje.

Al Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, Dr. Ricardo Cerda Flores, Dra. María Eugenia Garza por su valioso apoyo y comprensión.

Al Dr. David de Jesús Reyes y a la Dra Fuensanta López Rosales por sus conocimientos, apoyo y ayuda.

A mis auxiliares y participantes de este estudio por brindarme su tiempo para contestar los instrumentos y compartir su experiencia.

A cada persona que estuvo a mi lado en este proceso, Muchas Gracias.

Dedicatoria

A mis padres, el Sr. Armando López Guzmán y la Sra. Olga Lidia Charles Velázquez por estar siempre en los momentos importantes de mi vida brindándome apoyo incondicional, por inculcarme el valor de la honestidad y la superación personal. A mi hermana Olga Lidia López Charles por su valioso apoyo, motivación, cariño, comprensión. Gracias por cada momento de alegría, sacrificio, confianza y amor que me tenido, espero estén orgullosos de todo lo que he logrado hasta el momento.

A mis abuelos, Trinidad Guzmán Aguilar y Nicolás Charles Rivera (†) por siempre creer en mí, tener ánimos de superación, fortaleza y preocupación por mi bienestar, a ustedes todo mi respeto y admiración.

A mis sobrinos Giselle, Yaretzy, Yaely, Danielito, Saritha por los lindos momentos que paso a su lado, quienes me han enseñado que cualquier problema se puede olvidar con una pequeña sonrisa, con solo escuchar una hermosa frase como “te amo tía”. A todos mis familiares, tíos, primos que siempre han estado al pendiente de mí.

A mis hermosos ángeles que sé que cuidan de mí y que donde se encuentren están orgullosos de todo lo que he realizado, jamás olvidaré sus palabras de amor, superación y sobre todo las lecciones de vida que aprendí de ustedes.

A mis verdaderos amigos Diana, Aphril, Yuli, Adri, Yadi, Lupita, Alicia, Tania, Nalle, Letty, Lina, Carlos, Paco, Miguel, José Juan y Javi quienes han estado en cualquier momento, les agradezco infinitamente por su amistad y por el apoyo que me han brindado.

A mis dos amores, Ricardo quien siempre me ha dado una linda sonrisa, ánimos y comentarios de aliento. Gracias por el amor incondicional que me demuestras y por ser mi fiel acompañante de vida. Élian, por que su hermosa sonrisa me ha cautivado, me hizo sentir un amor inmenso desde el primer instante de su pequeña existencia pero sobretodo me ha hecho aprender a ser mejor en la vida.

Ustedes forman parte de este éxito profesional, gracias por su compañía invaluable e incondicional, sus palabras de aliento me han permitido salir adelante en los momentos difíciles.

A ustedes les debo lo que soy, les amo, Gracias por todo.

RESUMEN

MCE. Estefany Marlene López Charles
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Marzo, 2021

Título del estudio: MODELO EXPLICATIVO DE Tensión PARA FAMILIARES
DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE
ALCOHOL

Número de páginas: 158

Candidata para obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto que produce el consumo problemático de alcohol un miembro de la familia, los estresores, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, la esperanza y el funcionamiento familiar sobre la tensión del familiar por el consumo de alcohol en una población del Estado de Nuevo León. El diseño fue de tipo descriptivo correlacional, transversal y de comprobación de modelo. El muestreo fue no probabilístico. El tamaño de la muestra fue de 161 diadas (consumidor y familiar) se calculó para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 6 variables independientes con un nivel de significancia de .05, Coeficiente de Determinación R^2 de .09 y una potencia de 85%. Se empleó una Cédula de Datos Personales (Familiar) y seis instrumentos, el Cuestionario de Impacto del Consumo en la Familia, Cuestionario de Esperanza- Desesperanza, la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar, el Cuestionario de Afrontamiento, el Cuestionario de Apoyo Social, la Escala de Síntomas –SRT) y al consumidor de alcohol únicamente le fueron aplicados la Cédula de Datos Personales (Consumidor) y dos instrumentos (la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – AUDIT). Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se decidió el uso de pruebas no paramétricas. Las pruebas estadísticas inferenciales empleadas fueron el Coeficiente de Correlación de Spearman, Modelos de Regresión Lineal Simple y Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: Los hallazgos del estudio apoyaron parcialmente a las preposiciones derivadas en el Modelo. Se identificó que el consumo de alcohol de un familiar presentó un efecto positivo del consumo de alcohol con estresores de preocupación ($\beta = .173, p = .028$). Se mostró que los estresores en el familiar presentan un efecto positivo y significativo sobre la tensión del familiar ($\beta = .280, p < .001$). Se demostró que el consumo de alcohol no presentó un efecto significativo sobre la tensión en el familiar ($\beta = .050, p = .530$). Los estresores ($\beta = .207, p = .011$), el estilo de afrontamiento comprometido ($\beta = -.161, p = .033$) y el apoyo social ($\beta = -.159, p = .050$) presentaron un efecto significativo con la tensión. Por último, los estresores ($\beta = .209, p = .006$), el mantenimiento del sistema de la funcionalidad familiar ($\beta = .234, p = .008$),

cambio del sistema de la funcionalidad familiar ($\beta=-.194, p=.025$) y la esperanza ($\beta=.265, p=.001$) presentaron un efecto significativo sobre la presencia de tensión. Además de comprobó que el consumo de alcohol se relaciona positiva y significativamente con los estresores en el familiar del consumidor, lo cual indica que a mayor consumo de alcohol del consumidor mayor es la presencia de estresores en el familiar del consumidor. Los estresores se relacionan positiva y significativamente con la tensión por consumo de alcohol en el familiar, es decir, a mayor sea la existencia de estresores mayor es la tensión en el familiar. El consumo de alcohol de un miembro de la familia influye positiva y significativamente en la tensión del familiar, a mayor consumo de alcohol mayor será la tensión en el familiar. Por último, la esperanza y el funcionamiento familiar tienen una relación positiva, sin embargo, solamente la esperanza es significativa con la presencia de tensión en el familiar. Con esto se puede concluir que es de importancia seguir profundizando en la temática de estudio para incrementar los conocimientos existentes en México, así como seguir entrevistando a esta población bajo diferentes metodologías.

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol es el problema de uso de sustancias más extendido en México con graves consecuencias a nivel individual, social o familiar, contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales. Además, provoca perjuicios graves a las personas que rodean a los bebedores tal como la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), sufrimiento emocional e inestabilidad económica. Asimismo, cobra costos importantes a la sociedad por los daños que produce se incrementa el uso de servicios de salud y disminuye la productividad en el lugar de trabajo y/o pérdida de puestos de trabajo, siendo el sexo femenino en donde mayores repercusiones se presentan por el consumo de alcohol de sus familiares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

Actualmente a nivel mundial se estima que existen cerca de 15.1 millones de personas que son consumidoras de bebidas alcohólicas, siendo el sexo masculino entre los 15 a 49 años de edad quienes reportan mayor frecuencia de uso y abuso de estas sustancia (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo [INAAA], 2015). En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Reporte alcohol) reportan que el consumo excesivo en la población de entre 18 a 65 años de edad se presenta en 22.1% de los mexicanos y el 3% muestra un consumo diario. Asimismo, la dependencia al consumo de alcohol, se presenta en el 2.5% de la población, siendo este indicador 7.6 veces mayor en hombres que en mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRF], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SS], 2017).

Se estima que, a nivel mundial, el 20% de la población tiene un consumidor de

alcohol en la familia con problemas de uso y abuso de alcohol, mientras que, en México, los datos muestran que existen más de 5 millones de familias con esta problemática (Daley, Smith, Balogh, & Toscolani, 2018; INPRF et al., 2017; Liepman, Gross, Lagos, Parran, & Farkas, 2014; Minear & Zuckerman 2013). Los problemas que pueden provocar estrés dentro de la familia como consecuencia del consumo excesivo por parte de un miembro de la familia son; cambios en el estado de ánimo del familiar, cambios en la vida social del familiar, perturbación en situaciones de convivencia familiar, ausencia en actividades familiares, irresponsabilidad en actividades familiares o laborales y preocupación por la salud física o mental del consumidor entre otros (Alexanderson & Näsman, 2017; Groenewakd & Bhana, 2017; Nadkarni et al., 2017; Orford, 2017; Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013; Richert, Johnson, & Svensson, 2017; Sakiyama, Rato, Canfield, Laranjeira, & Mitsuhiro, 2015).

Dichos problemas estresantes pueden generar en los integrantes de la familia del consumidor la presencia de síntomas psicológicos (episodios de angustia, rechazo familiar, nerviosismo, confusión, ira, irritabilidad, pérdida de la concentración, ataques de pánico, sentimientos de culpabilidad, depresión) y somáticos (cansancio, dolores musculares, falta de apetito, taquicardia, dificultad para respirar) afectando la salud de la persona (Bustamante & Quintana, 2016; Mackrill & Hesse, 2012; Kothari, Sorenson, Bank, & Snyder, 2014; OMS, 2014; Ramírez, Naal, Salinas, & Pérez, 2014). Además, dentro del entorno familiar, estos síntomas se pueden incrementar debido a que el consumidor percibe su propio consumo como una conducta socialmente aceptable, (Carrasco, Natera, Monreal, & Pacheco, 2015) ya que no identifica su consumo como una enfermedad (alcoholismo) que necesita atención médica, lo que puede provocar negación en la persona y responsabilizar a los demás de sus actos y dificultades (Lima-Rodríguez, Guerra-Martín, Domínguez-Sánchez, & Lima-Serrano, 2015).

Además, la evidencia existente indica que el familiar del consumidor que se encuentra en contacto con situaciones estresantes provocados a consecuencia de la

conducta adictiva al alcohol, sufre de la experimentación de altos niveles de síntomas psicológicos y somáticos (Orford, 2017; Wilson, Lubman, Rodda, Manning & Yap, 2017), lo anterior debe ser considerado para ser tratado por el profesional de salud con la finalidad de evitar dichos síntomas y favorecer el bienestar del familiar del consumidor. La evidencia científica señala que el uso de las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes provocadas por un consumidor de alcohol en la familia pueden reducir la experimentación de síntomas somáticos y psicológicos de los miembros de la familia (Copello et al., 2009; Sell, & Magor-Blatch, 2016).

Orford et al. (1998), en un estudio realizado en Inglaterra, señala que existen diversos estilos de afrontamiento (comprometido, tolerante y de retirada) que se pueden realizar durante la problemática de consumo de alcohol en un miembro de la familia, posteriormente Natera et al. (2014) realizaron la adaptación cultural de estos estilos de afrontamiento en población mexicana. La evidencia ha permitido documentar que existen estrategias de afrontamiento más eficientes (retirada) dirigidas a evitar el consumo excesivo de alcohol e impulsar al familiar y consumidor a la búsqueda de apoyos necesarios que contribuyan a encontrar alternativas de solución de los problemas generados por el consumo excesivo de alcohol (Natera et al., 2009; Natera et al., 2014; Sell & Magor-Blatch, 2016; Wilson, Lubman, Rodda, Manning, & Yap, 2017).

No obstante, es importante para el familiar del consumidor de alcohol cuenten con habilidades que les permitan enfrentar los problemas generados por el consumo excesivo de alcohol, se requiere contar con redes de apoyo social, lo cual puede ser un factor que favorezca las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares y logren expresar sus preocupaciones, disminuir su tensión y estrés. De acuerdo con la evidencia, el apoyo social está asociado con un estado de bienestar saludable que reduce las consecuencias negativas al estar expuesto a eventos estresantes de la vida (Orford et al., 2017; Orford, 2017; Vega & Gonzalez, 2009; Vega-Andarita, 2011).

Existe un modelo que trata de explicar y comprender las experiencias y riesgos para

la salud que enfrentan los familiares ante los problemas de adicción de algún miembro, el Modelo Estrés Tensión Afrontamiento Apoyo (Stress- Strain- Coping- Support, [SSCS]) propuesto por Orford, Copello, Velleman y Templeton (2010) y adaptado a la población mexicana (Natera, Medina, Callejas, Juárez, & Tiburcio, 2011; Natera, Medina, Callejas, Orford, Salinas, & Tiburcio, 2016; Natera & Tiburcio, 2007; Tiburcio & Natera, 2007).

El SSCS es un modelo que se centra en el supuesto que tener un familiar con problemas de uso indebido de sustancias adictivas constituye una forma de vida estresante, si no se afronta adecuadamente, pone a los familiares en riesgo de sufrir problemas de salud (síntomas psicológicos, somáticos, depresivos y de ansiedad). Los conceptos de afrontamiento y apoyo social, son considerados como ejes centrales del modelo ya que, al lograr hacer cambios en las estrategias de afrontamiento y al fortalecer el apoyo social, pueden ayudar a disminuir los efectos producidos por los eventos estresantes y tensión (síntomas físicos y psicológicos) provocados por convivir con un consumidor de alcohol en la familia (Orford, Copello, Velleman & Templeton, 2010).

En México, el SSCS ha sido probado en comunidades indígenas y rurales del Estado de Hidalgo (Natera et al., 2011; Natera, et al., 2016) y en la Ciudad de México (Tiburcio & Natera, 2003). Asimismo, existen antecedentes de más de ocho años de la validación empírica de algunos conceptos del actual SSCS como; estilos de afrontamiento (Orford et al., 1998b; Orford et al., 2001), estrés y tensión (Orford et al., 1988a), así como la reciente validación de instrumentos empíricos sobre el impacto y apoyo social en población de México (López et al., 2016).

En México, el modelo ha seguido la estructura original (Orford et al., 2010), sin embargo, se considera la necesidad de integrar otros conceptos como la esperanza y la funcionalidad familiar, de tal forma que puedan dar una mayor comprensión y explicación del problema que experimentan los familiares de consumidores excesivos de alcohol. Estos conceptos han sido poco abordados en México dentro de la problemática

de adicción (López et. al., 2016). Es importante considerar que la funcionalidad familiar y la esperanza pueden representar factores mediadores entre las situaciones de estrés producidas por convivir con un consumidor de alcohol en la familia y la respuesta de tensión del familiar ante dicha situación (Carr, 2007).

La esperanza es un factor vital para el apoyo hacia la mejoría de la salud psicológica y física de las personas. Además, funciona como un elemento mediador en los procesos de salud y enfermedad, esto debido que la presencia de altos niveles de esperanza se relaciona con altos niveles de bienestar, satisfacción con la vida, lo que favorece una mejor percepción de la salud y el desarrollo de hábitos saludables, el uso de estilos de afrontamiento y disminución del riesgo a enfermar (Carr, 2007; Larsen & Eid, 2008).

Por otro lado, los problemas en la funcionalidad familiar es otro aspecto que se puede observar cuando existe consumo excesivo de alcohol en algún integrante de la familia. Copello y Orford (2002) refieren que comprender la centralidad del entorno familiar es un factor importante para lograr un mayor conocimiento del problema que sucede en la familia. Lo anterior es debido a que dentro de la familia del consumidor de alcohol los aspectos como la cohesión, la comunicación y la seguridad familiar pueden estar deterioradas (Eshagh, Ghasemi, Shojaeizadeh, Tol, & Foroshani, 2013; Guerra, Pérez, Cordero, & Padilla, 2017; Ramírez et al., 2014).

Friedemann (1995) indica que una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros al lograr tener una congruencia, estabilidad familiar y personal, así como la manera en que sus integrantes respondan a las demandas del entorno. Estudios indican que la funcionalidad familiar es un factor que protege del consumo excesivo de alcohol y de drogas (Alonso, Yañez, & Armendariz, 2017; Hernández-Castillo, Cargill-Foster, & Gutiérrez-Hernández, 2012; Trujillo-Guerrero, Vázquez-Cruz, & Cordova-Soriano, 2016).

Actualmente, gran parte de los sistemas de salud dan mayor importancia a disminuir la problemática de consumo de alcohol. Sin embargo, son pocos los

programas de atención en los que se considera la magnitud de los problemas que se producen en los familiares ante la presencia de un familiar que consume alcohol de forma excesiva o dependiente (Greenfield et al., 2009; Karrier-Jaffe, Greenfield, & Kaplan, 2017; Room et al., 2010).

Asimismo, el tener conocimiento de la relación en el entorno familiar así como conocer los patrones de consumo de alcohol (cantidad, tipo de bebida, frecuencia de consumo) bajo la perspectiva de los integrantes de la familia (miembro y consumidor de alcohol) podrían proporcionar una mayor comprensión para comprender la problemática que enfrentan los familiares de un consumidor de alcohol, particularmente para el área de enfermería esto debido a que profesionales son el primer contacto en la atención dentro de los servicios de salud, por lo que se requiere poseer conocimientos científicos que permitan conocer e identificar factores de riesgo para la salud en los familiares de consumidores de alcohol y en un futuro desarrollar o mejorar estrategias efectivas que permitan disminuir los daños causados en la familia (Daley, Smith, Balogh, & Toscolani, 2018; Natera, 2014; Storvoll, Synnøve, & Olea, 2016).

El contar con modelos teóricos probados empíricamente permitirá en un futuro el desarrollo de intervenciones de enfermería para realizar acciones específicas y realizar planes de cuidado con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las familias. Debido a lo anterior, existe un vacío de conocimientos respecto a las relaciones que existen entre estas variables particularmente en población de la zona norte del país dado las particularidades del patrón de consumo de bebidas alcohólicas en esta población. Por lo que el propósito del presente estudio es analizar los efectos que producen el consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia, los estresores, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, la esperanza y funcionamiento familiar sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol en una población del Estado de Nuevo León.

Marco teórico

El fundamento teórico que guió la presente investigación fue el Modelo Estrés-

Tensión- Afrontamiento- Apoyo (Stress- Strain-Coping- Support [SSCS]) realizado por Orford et al. (2010) y adaptado a la población mexicana por Natera et al. (2014), el concepto de funcionamiento familiar de Friedemann (1995) y el concepto de Esperanza de la Teoría Cognitiva de la Esperanza (Snyder, 2002). En este apartado se muestra en primer lugar el resumen y análisis del Modelo SSCS y los conceptos de funcionalidad familiar y esperanza, posteriormente se presentará una propuesta del Modelo Explicativo de Tensión para Familiares de Personas con Problemas de Consumo de Alcohol.

Modelo estrés – tensión – afrontamiento - apoyo (SSCS).

La familia es el grupo más afectado debido al problema de adicción de algún miembro de la familia. En este sentido, el SSCS es un modelo familiar enfocado a explicar el problema que tienen los familiares al tener consumidores de sustancias adictivas dentro de su familia, el cual fue propuesto por Orford et al. (2010). Este modelo no ve a la familia como factor causante de las adicciones de algún miembro, sino considera la importancia de comprender el malestar que experimentan sus miembros ante esta problemática, su finalidad es poder identificar sus necesidades de atención, conociendo sus fortalezas y debilidades para un tratamiento y mejora en su vida.

El modelo sugiere que tener un familiar consumidor de sustancias adictivas provoca situaciones estresantes que las personas enfrentan en su vida cotidiana, algunas de ellas a corto plazo o inmediatas. El modelo SSCS está integrado por cuatro conceptos principales; estrés, tensión, afrontamiento y apoyo social, a continuación, se describen dichos conceptos.

Estrés.

Este concepto se refiere a las situaciones estresantes o estresores que el familiar experimenta con las actividades problemáticas realizadas por la persona con alguna conducta adictiva (Orford, Velleman, Copello, Templeton, & Ibanga, 2010).

El modelo SSCS menciona que las personas enfrentan en su vida cotidiana algunos

problemas que repercuten en su bienestar, algunos son inmediatas o a corto plazo y otras son duraderas, lo cual producen respuestas potenciales que repercuten al presentarse afecciones en su salud mental. Lo anterior hace mención al componente de estrés del modelo. Asimismo, la adicción del familiar es considerada como un deseo por una sustancia (o a una actividad como el juego de azar) que se ha vuelto excesiva. El primer supuesto del Modelo SSCS indica que vivir con un usuario de sustancias nocivas es estresante, esto debido a que los problemas ocasionados por la adicción del familiar crean situaciones y consecuencias perjudiciales para las relaciones dentro de la familia generando un ambiente desagradable para vivir. El familiar consumidor, al haber formado un fuerte apego a la sustancia, utiliza sus recursos personales y da prioridad a la sustancia afectando a sus compromisos de vida. Esta situación resulta ser de impacto estresante para otros miembros de la familia y representa una amenaza para la felicidad, la productividad e incluso para la propia existencia como grupo familiar (Orford et al., 2010).

Tensión.

El segundo de los conceptos del modelo es el de tensión. Se entiende por tensión a aquellos efectos producidos en la salud física y psicológica del familiar del consumidor (cansancio, falta de apetito, dolor de cabeza, ansiedad, enojo, culpa, alteración en patrón de sueño, entre otros) a consecuencia directa del conjunto de circunstancias estresantes relacionadas por el consumo de alcohol o drogas en un familiar cercano. Dentro de este modelo, el segundo supuesto menciona que el estrés es un factor que conduce a la presencia de tensión en el familiar del consumidor. Los familiares que viven con un usuario de sustancias nocivas mostrarán signos de tensión; particularmente la presencia de síntomas físicos y psicológicos (Orford et al., 2010).

Afrontamiento.

Se define el afrontamiento como los intentos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar demandas que son consideradas como exigentes o que

exceden la propia capacidad de la persona para adaptarse. El afrontamiento permite regularizar las respuestas emocionales que pueden estar presentes ante circunstancias estresantes como el convivir con un familiar consumidor de bebidas alcohólicas (Lazarus & Folkman, 1984). En este modelo el afrontamiento es la forma en que cada persona responde o reacciona frente a la problemática de consumo de alcohol y drogas de un familiar.

En las familias con problemas de consumo excesivo de alcohol, cada uno de los miembros puede responder ante ellos de manera natural y de forma diferente, buscando una solución con la intención de disminuir la tensión que genera una situación de esta naturaleza. Se identifican tres estilos de afrontamiento para este modelo: *tolerante*, *comprometido* y *de retirada* (Orford et al., 2010).

El estilo de afrontamiento *tolerante* implica resignarse ante el problema, aceptar las cosas como son, asumir conductas de sacrificio y tener un apoyo incondicional hacia la persona que consume alcohol o drogas. El estilo de afrontamiento *comprometido* implica hacer intentos por que el consumidor pueda recuperar el control de su conducta, en donde el familiar adopta acciones que buscan un cambio en la persona que consume, ya sea amenazando, cuidando o hablando con ella para que deje de consumir. El familiar intenta enfrentar positivamente el problema, motivando a la persona que consume a cambiar desde distintos medios. Por último, el estilo de afrontamiento *de retirada* está relacionado con aquellos intentos por separarse física o emocionalmente de la persona que consume alcohol o drogas y la búsqueda de independencia.

Apoyo social.

El último concepto del modelo SSCS es el de *apoyo social*. Se entiende por *apoyo social* como la asistencia a las personas, ya sea a través de información y acciones, reales o potenciales que permiten a los individuos y a los grupos sentir que son cuidados y valorados por alguien o que están en una posición de poder recibir ayuda de otros cuando ellos lo necesiten (Orford et al., 2010).

Para los familiares del consumidor, un buen apoyo social es un recurso importante para afrontar la problemática. Lo anterior no se refiere a la cantidad de personas que existen dentro de sus relaciones sociales cercanas (amigos, familia, vecinos), sino a la calidad en el cuidado que ellos le ofrecen al familiar. En este sentido, un supuesto del modelo es que los miembros de la familia también tendrán diferentes niveles y calidad de apoyo social; un mayor apoyo social conducirá a una menor tensión ante cualquier nivel de eventos estresantes que presente el familiar del consumidor. Un aspecto fundamental de este concepto, es la calidad de apoyo social que recibe el familiar debido a que tener un buen apoyo permite enfrentar la problemática de adicción de manera adecuada (Orford et al., 2010).

Funcionalidad familiar.

La variable funcionalidad familiar ha sido estudiada con modelos y teorías de otras disciplinas (medicina, psicología); con el sustento del Marco Teórico de Organización Sistémica de Friedemann (1995), ha sido estudiada principalmente en adolescentes embarazadas y pacientes con enfermedades crónicas (Rangel, Valerio, Patiño, & García, 2007; García-Madrid, Landeros-Olvera, Arriola-Morales, & Pérez-Garcés, 2007). En México no se han localizado estudios que relacionen la funcionalidad familiar en familiares con problemas de consumo de alcohol o drogas.

La Teoría de Organización Sistémica, propuesta por María Luisa Friedemann (1995) define a la familia como un sistema de miembros los cuales han decidido residir juntos o interrelacionarse afectivamente con el objetivo primario de apoyarse unos con otros. La teoría comprende cuatro dimensiones (coherencia, individuación, mantenimiento de sistema y cambio del sistema).

Coherencia se refiere a relaciones armónicas entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor e interés de unos por otros; incluye valores y creencias, elementos que les permiten vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema.

Individuación es una estructura de identidad personal que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas, este proceso interactivo implica el desempeño de roles y responsabilidades, se fortalecen los talentos, las iniciativas y los conocimientos que proveen de apertura al entendimiento, el aprender de sí mismo y de otros.

Mantenimiento del sistema abarca la mayoría de las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía; implica roles, patrones de comunicación, rituales, normas, valores, toma de decisiones, manejo financiero, patrones de cuidado y planeación del futuro, entre otros elementos.

Cambio del sistema comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente; requiere de apertura para la nueva información que modifica la estructura de valores ante prioridades vitales presentes y futuras, fortalece el control y crecimiento familiar y personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía.

Todo lo anterior es un proceso complejo, en constante cambio, que se difunde mediante un equilibrio dinámico que permite preservar un sentido de identidad familiar y a la vez mantener la flexibilidad necesaria para lograr un balance funcional que tienda a la sobrevivencia del sistema familiar.

No existe una definición explícita por parte de esta teoría sobre la funcionalidad familiar, sin embargo se puede mencionar como la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad, ya sea del propio individuo o la familia, ante la presencia de cambios o eventos que desestabilizan el entorno familiar que pueden afectar el bienestar de las personas involucradas o pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar (Friedemann, 1995).

Esperanza.

El concepto de Esperanza proviene de la Teoría Cognitiva de la Esperanza de Snyder (2002). Este concepto se define como la capacidad percibida de poder producir y para motivarse a utilizar los medios necesarios para alcanzar los objetivos deseados. La

esperanza es una fortaleza de carácter que nos ayuda a planear el futuro, está relacionada con el optimismo y con la confianza de lograr algo con el paso del tiempo.

La esperanza involucra dos aspectos cognitivos interrelacionados, la energía dirigida a establecer metas (agency) y la planeación realizada para lograr dichas metas (pathways) (Snyder, 2002). La determinación de alcanzar metas (agency) hace referencia a la habilidad no solamente de proponerse metas sino de querer alcanzarlas. La persona tiene la creencia de que los buenos eventos son más probables si realiza las acciones adecuadas. Mientras que la planeación para lograr las metas (pathways) hace referencia a la habilidad de lograr las metas propuestas, es decir, de superar los obstáculos que se encuentren en el camino y de sobreponerse a las adversidades con el fin de alcanzar las metas.

Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol es una conducta no saludable, el alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe paulatinamente las funciones cerebrales. Como resultado de su consumo, se presentan una serie de efectos negativos o consumo negativo producidos por el organismo (desinhibición, agresividad, conducta irracional, violencia, dependencia de alcohol, intoxicación, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora, envejecimiento prematuro, daño hepático, inflamación del páncreas, entre otros), la manifestación de dichos efectos depende de la cantidad ingerida, la concentración de alcohol y las características personales como edad, peso y sexo (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Maisto, Connors, Dearing &, Frías, 2008).

En relación con la farmacocinética del alcohol, se indica que después de consumir el alcohol la absorción tiene lugar en el intestino delgado. El ritmo de absorción se acelera proporcionalmente al aumento de la concentración alcohol ingerido, hasta un máximo del 40%, a partir del cual aparece un retardo en el vaciamiento gástrico con la consecuente lentificación de la absorción, efecto que también aparece en la ingestión de

alcohol acompañado de alimentos. Una vez absorbido se distribuye por el organismo siendo máxima la concentración en tejidos ricos en lípidos, sufre un metabolismo hepático y solo el 2% es eliminado sin biotransformarse por la orina y por los pulmones.

El etanol se metaboliza por oxidación no microsómica en el citosol y por vía microsómica. La enzima alcohol deshidrogenasa transforma el etanol en acetaldehído y es inhibida por el 4-metilpirazol o fomepizol. La enzima acetaldehído deshidrogenasa transforma el acetaldehído en ácido acético que en forma de acetil CoA entra en el ciclo de Krebs, sirve para la formación de cuerpos cetónicos, síntesis de colesterol y derivados (hormonas corticosuprarrenales y sexuales, vitamina D, ácidos biliares), síntesis de ácidos grasos y reacciones de conjugación de fármacos (N-acetilación de sulfonamidas, isoniacida, ácido p-aminosalicílico, entre otros). La acetaldehído deshidrogenasa es inhibida por el disulfiram, el dietilditiocarbamato, la carbimida cálcica citratada, el metronidazol, los nitrofuranos, las sulfonilureas y algunas cefaloespóridinas. La cinética de desaparición plasmática del etanol es de orden cero y es de 8 a 12 ml por hora.

Las concentraciones sanguíneas de alcohol logradas en situaciones usuales de la vida social, oscilan entre 50 y 75 mg por 100 ml de sangre. Con esta concentración el estado subjetivo suele ser de tranquilidad agradable y un ligero grado de sedación. Suelen aparecer signos de embriaguez por concentraciones de 100 a 200 mg por 100 ml y se observan intoxicaciones intensas con niveles superiores a 200 mg por 100 ml.; con concentraciones de 400 mg por 100 mililitros se produce estupor, coma o ambos; y las concentraciones superiores a 500 mg por 100 ml. de sangre suelen causar la muerte.

De acuerdo con la farmacodinamia el etanol es un fármaco depresor no selectivo del Sistema Nervioso Central, es el fármaco estabilizador de membrana, disolviéndose en un componente lipóideo, inhibe el transporte activo de sodio, potasio, aminoácidos, catecolaminas, etc.; además disminuye la actividad ATP-asa de membrana sodio-potasio dependiente, disminuye la utilización de ATP y el consumo de oxígeno. El etanol

potencia los efectos inhibitorios del ácido gamma aminobutírico (GABA) en el Sistema Nervioso Central e inhibe al receptor NMDA de aspartatoglutamato y reduce la actividad glutamatérgica, las interacciones con otros neurotransmisores como serotonina, catecolaminas y péptidos están menos estudiadas.

En cuanto a las acciones farmacológicas, el etanol produce un fenómeno de inhibición de inhibiciones con euforia, elevación del tono vital, mejoría superficial de la asociación de ideas, disminución del autocontrol y de la autocrítica, reducción de la visión, incoordinación muscular y alteraciones de los reflejos, disminución de la sensación de fatiga, disminución del umbral convulsivo. Potenciación de fármacos depresores centrales, cierto efecto hipnótico y analgésico, dosis más altas producen depresión del Sistema Nervioso Central que pueden llegar al coma y depresión respiratoria.

Asimismo, en el aparato cardiovascular, el etanol es un fármaco vasodilatador que favorece la liberación de histamina. La disminución del dolor anginoso se debe a su efecto euforizante y analgésico (a dosis altas es un depresor cardíaco). El etanol produce vasodilatación cutánea, lo que puede favorecer la termólisis y la disminución de la temperatura corporal (a dosis bajas o moderadas el alcohol etílico es antiagregante plaquetario), reduce la concentración plasmática de lipoproteínas de baja densidad (LDL) e incrementa la concentración plasmática de lipoproteínas de densidad elevada (HDL), (antiaterogénico), a concentraciones superiores empeora la hipertensión arterial (aterogénico) actuando sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona.

En el hígado el etanol incrementa la relación NADH/NAD inhibiendo la gluconeogénesis con hipoglucemia y esteatosis. El etanol inhibe la liberación de hormona antidiurética (ADH) y de oxitocina actuando sobre el hipotálamo, incrementa la liberación de beta endorfina actuando sobre la hipófisis anterior y a dosis elevadas aumenta la secreción de catecolaminas y de hormonas de la corteza suprarrenal. Además, el etanol incrementa la libido, pero disminuye la potencia sexual provocando

importantes disfunciones sexuales que explican la patogenia del delirio de celos o paranoia celotípica de los varones alcohólicos, que maltratan a su cónyuge e incluso pueden matarle. El etanol interfiere con la secreción de hormona luteinizante (LH) reduciendo la concentración sérica de testosterona, además inhibe la hidroxilación de la testosterona en los testículos porque se acumula NADH en ellos por la actividad de la alcohol deshidrogenasa. En mujeres es espasmolítico uterino porque inhibe la liberación hipotalámica de oxitocina.

Según la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (Secretaría de Salud, 2009) el principal componente de las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico y sus concentraciones varía de un 2% hasta 55% en su volumen. Dependiendo del proceso de elaboración estas se clasifican en bebidas alcohólicas fermentadas (cerveza, vino, sidra y pulque) y destiladas (tequila, whisky, ron, vodka, ginebra). El Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo [INAAA] (2017) refiere que una copa ó bebida estándar equivale a 0.6 onzas de etanol puro (se considera 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor fuerte como tequila, ron, vodka y whisky).

En relación a los criterios para evaluar el consumo de alcohol se han establecido tres tipos de consumo de acuerdo con la OMS en colaboración con Babor (1989), se desarrollaron mediciones que permitieron conocer el tipo de consumo de alcohol. El consumo de alcohol fue clasificado en tres tipos de consumo, el consumo de riesgo, dependiente y perjudicial. El consumo de riesgo es el patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de padecer consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno o problema de salud. Este consumo va de 20 a 40g de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en hombres.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que produce consecuencias en la salud física, mental y social en la persona consumidora. Este consumo va más de 40gr de

alcohol diarios en mujeres y de más de 60gr diarios en hombres. El consumo de dependencia es aquel que produce un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Para fines de este estudio, se llevó a cabo una sustracción teórica del Modelo SSCS (Orford et al., 2010), el constructo de funcionalidad familiar de la Teoría de Organización Sistémica (Friedemann, 1995) y del concepto de esperanza de la Teoría Cognitiva de la Esperanza de Snyder (2002).

Modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol

La sustracción teórica es una herramienta que permite conceptualizar y evaluar la congruencia entre los componentes teóricos y operativos utilizados en la investigación; permite establecer congruencia entre teoría, diseño y análisis en la investigación de enfermería (McQuiston & Campbell, 1997; Hinshaw, 1979). Para plantear el Modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol se siguieron los cuatro pasos sugeridos para la sustracción teórica (McQuiston, et al., 1997).

Existen cuatro pasos relacionados para la realización de la sustracción teórica., 1) Identificar y aislar los principales conceptos / construcciones en estudio, 2) Especificar las relaciones entre los conceptos como se dan en la explicación teórica del estudio, 3) Operacionalizar los conceptos con los indicadores empíricos y 4) Representar los conceptos y sus relaciones (Hinshaw, 1979). A continuación, se muestra la aplicación de estos pasos para la propuesta del modelo explicativo de tensión para familiares de

personas con problemas de consumo de alcohol que guiará el presente estudio.

Identificación de los constructos/conceptos principales de la teoría en estudio.

De acuerdo con Hinshaw (1979), el primer paso para el desarrollo de la sustracción teórica es identificar los principales constructos de la teoría seleccionada, así como los conceptos de interés a investigar. En este sentido, del Modelo SSCS (Orford et al., 2010) se tomaron los conceptos de estrés, tensión, afrontamiento y apoyo; el concepto de Funcionalidad Familiar de la Teoría de la Organización Sistémica (Friedemann, 1995) y el concepto de Esperanza de la Teoría Cognitiva de la Esperanza (Snyder, 2002).

Especificación las relaciones entre los conceptos de acuerdo a la explicación teórica

1. El convivir con una persona que consume alcohol genera la experimentación de sensaciones desagradables (estresores) en miembros de la familia.
2. La experimentación de sensaciones desagradable (estresores) por convivir con una persona con consumo excesivo de alcohol produce tensión (presencia de síntomas somáticos y psicológicos) en los miembros de la familia.
3. La magnitud de la tensión que experimentan los integrantes de la familia depende de la relación familiar que se tiene con el consumidor de alcohol y de las características del consumo de alcohol (tipo de consumo).
4. La tensión producida en los miembros de la familia se encuentra mediado por dos factores claves: apoyo social y afrontamiento.
5. La tensión producida en los miembros de la familia también puede estar mediada por dos factores incluidos; funcionamiento familiar y esperanza.

Estas relaciones son sustentadas por la revisión de la literatura científica enfocada en familiares consumidores de alcohol. En este sentido, la familia o alguno de los familiares son quienes presentan mayores complicaciones debido a la presencia del consumo de alcohol por algunos de sus miembros (Natera et al., 2012). Se ha documentado, que tener un familiar con problemas de consumo de alcohol es un factor

que produce altos niveles de estrés en el entorno familiar, esto debido a que la conducta adictiva que padece la persona con el problema, produce situaciones de violencia y preocupación (Bustamante & Quintana, 2016; Kothari et al., 2014; Mackrill & Hesse, 2012; Natera, 2014; Simonen & Törrönen, 2016).

Los problemas que experimentan los familiar del consumidor de alcohol pueden llegar a repercutir el funcionamiento familiar, esto debido a que se afectan las relaciones que existen entre ellos, al existir falta de comunicación, interés y baja cohesión entre los miembros de la familia. Asimismo, estas circunstancias estresantes que experimenta el familiar del consumidor puede llegar a afectar la forma en como visualiza y afronta la problemática del consumo de alcohol de alguno de sus familiares, además el contar con redes de apoyo social, puede favorecer de manera efectiva para disminuir la problemática y afrontar la situación estresante (Araujo, Schiavon, Silva, & Neves, 2015; Bratek, Beil, Banach, Jarzabek, & Krysta, 2013; Cano et al., 2018; Orford, 2017; Orford et al., 2017; Vega-Angarita, 2011; Vega & González, 2009).

En este sentido, la vulnerabilidad que se presenta en la familia del consumidor puede generar la presencia de tensión, es decir, respuestas no saludables como afecciones o la aparición de síntomas somáticos y psicológicas que afectan la salud física y emocional en el resto de los miembros de la familia (Carrasco et al., 2015; Orford et al., 2013; Toner & Velleman, 2014). Sin embargo, un factor que puede ser vital ante el problema de consumo de sustancias dentro del entorno familiar, es la presencia de esperanza del familiar del consumidor, debido a que es un factor personal para la mejorar la salud psicológica y física de las personas (Seligman, 2002). Se ha mostrado que la esperanza puede llegar a mediar los problemas que afectan la salud de los familiares, al ser de ayuda para incrementar el desarrollo de hábitos saludables, el uso de estilos de afrontamiento y disminuir el riesgo de enfermar (Carr, 2007, Larsen & Eid, 2008).

Operacionalización de los conceptos con los indicadores empíricos.

El primer concepto es el de *Consumo problemático de alcohol* se refiere a la frecuencia y cantidad de bebidas alcohólicas estándar en el familiar del consumidor de alcohol, el cual incluye la ingesta de cervezas (355 ml), vino, destilados (150ml) o bebidas preparadas (45 ml de destilados). El consumo de alcohol se clasifica en tres tipos de consumo; consumo de riesgo, perjudicial y dependiente. El consumo de riesgo se refiere al patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de tener consecuencias adversas para el bebedor o para los demás que rodean al consumidor, el consumo para el sexo masculino es de tres bebidas estándar más de tres veces por semana y más de dos bebidas más de tres veces por semana para las mujeres.

El consumo dependiente se refiere a la alta ingesta de bebidas por ocasión que ingiere el consumidor (cuatro a nueve bebidas en el sexo masculino y de tres a cinco bebidas en el sexo femenino) que ocasionan la presencia de síntomas por consumo como; haber dejado de realizar actividades cotidianas a causa del consumo de alcohol, perder el control sobre el consumo de alcohol y el aumento de la relevancia en el consumo matutino.

El consumo perjudicial, es un conjunto de consecuencias conductuales, cognitivas y fisiológicas que pueden aparecer después de altas cantidades de consumo de alcohol (10 o más bebidas por el sexo masculino y de seis o más bebidas por el sexo femenino) y se manifiestan los siguientes indicadores; algún familiar o personal de salud le ha expresado su preocupación por la manera en que consume alcohol. Estas consecuencias frecuentemente incluyen sentimientos de culpabilidad posteriores al día que se consumió alcohol, lapsos de olvido de las actividades que se realizaron al momento en que se consumía alcohol y lesiones físicas en el consumidor ó en terceras personas.

Para su medición se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos Debidos al Uso de Alcohol-AUDIT (Babor, 2001).

El segundo concepto es el de *estresores por consumo de alcohol en el familiar del consumidor* hace referencia a las situaciones estresantes que se producen en el familiar

relacionadas con las actividades negativas por convivir con un consumidor problemático de alcohol. Estas situaciones que el familiar del consumidor experimenta son generalmente negativas que afectan la vida social de la familia, problemas económicos, preocupación por el patrón de consumo, frecuente desaparición del usuario, crisis e incidentes entre otros. Este concepto se midió a través del Cuestionario de Impacto de miembro de la familia adaptado para la población mexicana por López et al. (2016).

El concepto de *estilos de afrontamiento por consumo de alcohol en el familiar del consumidor* se refiere a aquellos procesos cognitivo y conductuales que realiza el familiar del consumidor de alcohol para manejar los problemas estresantes que se consideran que son producidos por convivir con consumidor problemático de alcohol. Se definen tres estilos de afrontamiento; comprometido, tolerante y de retirada.

El *estilo de afrontamiento comprometido* implica hacer intentos para que el consumidor pueda recuperar el control de su conducta, en donde el familiar adopta acciones que buscan un cambio en la persona que consume alcohol, ya sea amenazando, cuidando o hablando con ella para que deje de consumir. El familiar intenta enfrentar positivamente el problema, motivando a la persona que consume a cambiar de distintas maneras (expresar emociones, controlar o confrontar). El *estilo de afrontamiento tolerante* implica resignarse ante el problema, aceptar las cosas como son, asumir conductas de sacrificio y tener un apoyo incondicional hacia la persona que consume alcohol. Por último, el *estilo de afrontamiento de retirada* está relacionado con aquellas acciones, deseos o intenciones del familiar para establecer distancia física y emocional con la persona que consume alcohol con la finalidad de fortalecer su propio bienestar. Este concepto fue medido a través del Cuestionario de Afrontamiento versión para consumo de hombre y mujer, el cual fue desarrollado por Orford et al. (1998).

El concepto de *apoyo social por consumo de alcohol en el familiar del consumidor* se define como la asistencia disponible para las personas, que sirve de ayuda para fortalecer su capacidad de enfrentar y amortiguar los problemas por vivir con un familiar

con consumo excesivo de alcohol. El apoyo social incluye; apoyo emocional, el intercambio de información y el suministro de bienes materiales y servicios. Puede provenir de fuentes formales como profesionales del área de la salud, fuentes informales como familiares y amistades y la ayuda que ofrece cada uno de ellos puede ser considerada como positiva o negativa. Este concepto fue medido a través del Cuestionario de Apoyo Social adaptado a la población mexicana por López et al. (2016).

El concepto de *funcionamiento de la familia* sustraído del concepto funcionalidad familiar, se define como la valoración que realizan los miembros de la familia hacia la capacidad de unión que existe dentro de los miembros en el entorno familiar, se midió a través de la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar diseñado por Friedemann (2006).

El concepto de *esperanza por consumo de alcohol en el familiar del consumidor*, hace referencia a aquella percepción que tiene el familiar del consumidor de alcohol acerca de posibles cambios positivos que se pueden producir en su vida y en el futuro debido a la conducta de consumo de algún miembro de la familia, dicho concepto se midió a través del Cuestionario de Esperanza- Desesperanza de López et. al. (2016).

El concepto de *tensión del familiar por consumo de alcohol* es definido como la percepción objetiva de problemas en la salud (presencia de síntomas físicos y psicológicos) que se producen en el familiar del consumidor ante el problema de consumo de alcohol de un miembro de la familia. Este concepto fue medido a través de la Escala de Síntomas [SRT] adaptado para la población mexicana por Mora, Natera y Andrade-Palos (1994).

Representación de los conceptos y sus relaciones.

En la figura 1 se muestra la representación y la relación de los conceptos, se observa que el convivir con una persona con un consumo problemático de alcohol (consumo dependiente o perjudicial) puede producir en el familiar la presencia de estresores por consumo de alcohol en el familia (Relación 1). A su vez, la presencia de

altos niveles de estresores en el familiar puede llegar a producir la presencia de respuestas inadecuadas que afecten la salud física y mental del familiar como la presencia de tensión en el familiar (Relación 2). Asimismo, la existencia de una persona con un consumo problemático de alcohol dentro de una familia, puede producir respuestas inadecuadas que producen problemas en la salud en los miembros de la familia (Relación 3). La esperanza, el funcionamiento familiar, el estilo de afrontamiento, así como el apoyo social que tiene el familiar son mediadores entre los estresores y la tensión de los miembros de la familia (Relación 4 y 5).

Además, se construyó una estructura conceptual-teórico-empírica, producto del análisis teórico de la propuesta (Figura 2). Dicha construcción se basó en la técnica de formalización conceptual-teórico-empírica (C-T-E) descrita por Fawcett (2005), para permitir apreciar y evaluar los componentes teóricos, conceptuales y empíricos del presente estudio. Esta técnica se emplea para determinar exactamente qué es lo que dice una teoría e identificar los métodos de investigación. Como se ilustra en la Figura 2, la C-T-E baja de los modelos de origen hacia la teoría de rango medio y por último hacia los indicadores empíricos.

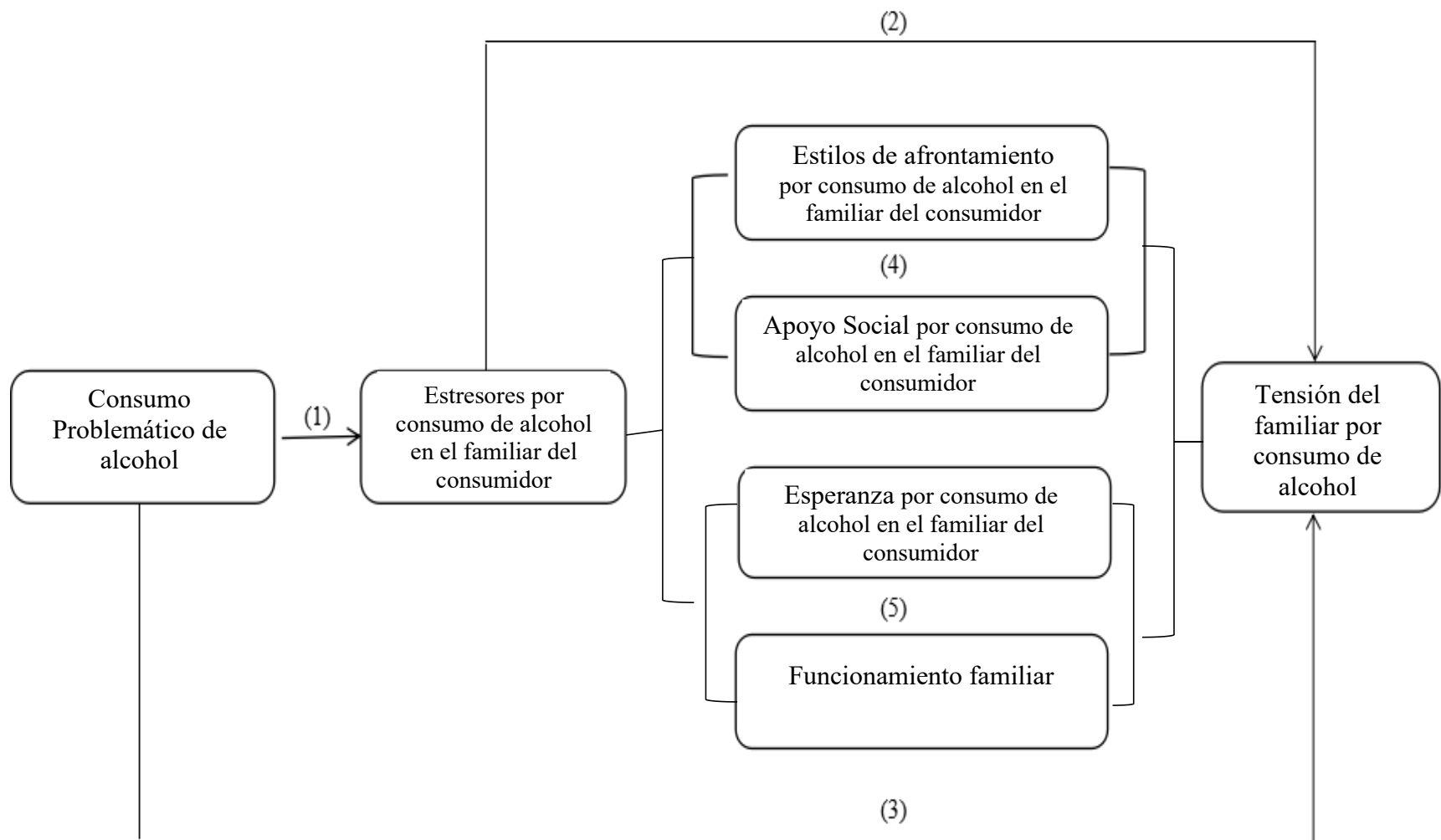


Figura 1. Representación gráfica de relaciones en el Modelo explicativo para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol

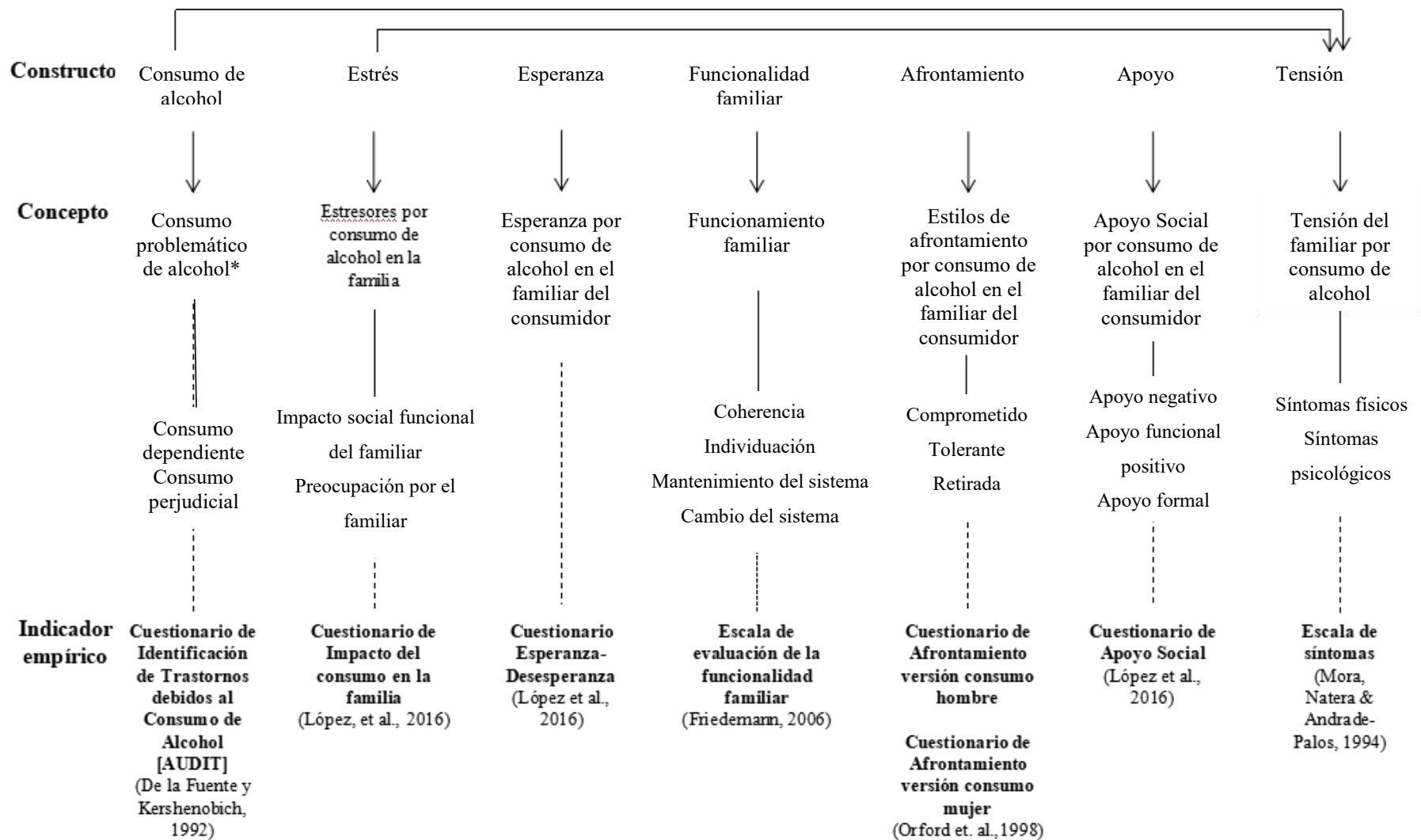


Figura 2. Estructura Conceptual Teórico Empírica

Estudios relacionados

Estudios cuantitativos.

Síntomas de tensión

Edwards, Best, Irving y Andersson (2018) realizaron un estudio cuantitativo con la finalidad de conocer la perspectiva de 1559 familiares de consumidores de alcohol en rehabilitación y sus familiares en Inglaterra. Los resultados permitieron conocer que los familiares de consumidores rehabilitados tenían mejor nivel de salud física ($\bar{X}=7.6$, $DE=2.1$), menor presencia de problemas psicológicos ($\bar{X}=6.9$, $DE=2.9$) y mejor calidad de vida ($\bar{X}=65.4$, $DE=23.8$) en comparación a los familiares de personas que terminaron su rehabilitación pero tuvieron una recaída ($\bar{X}=7.0$, $DE=2.2$; $\bar{X}=5.8$, $DE=2.5$; $\bar{X}=53.3$, $DE=25.5$, respectivamente).

Además, se reporta que los familiares de los consumidores rehabilitados pero que tuvieron una recaída obtuvieron mayores repercusiones y problemas debido a que habían sido víctimas de violencia física ($\bar{X}=19$), violencia psicológica ($\bar{X}=35.6$) aunado al no tener planes para su futuro ($\bar{X}=24.1$), lo cual incrementaba la preocupación del familiar del consumidor afectando su bienestar.

Afrontamiento

Sell y Magor-Blatch (2016) realizaron un estudio cuantitativo transversal con la finalidad de conocer que estilo de afrontamiento utilizaban los familiares de 54 consumidores de alcohol que se encontraban dentro de los programas de Al-Anón en Australia. Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento (Orford, et al., 2005). Los resultados permitieron conocer que los familiares reportaron menores niveles de estilos de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=12.4$, $DE=10.8$) y tolerante ($\bar{X}=6.9$, $DE=4.4$) y mayores niveles de retirada ($\bar{X}=16$, $DE=3.4$). Se demostró que las parejas ($\bar{X}=16.6$, $DE=3.2$), los padres ($\bar{X}=13.20$, $DE=3.4$) e hijos adultos de consumidores de alcohol ($\bar{X}=17$, $DE=2.8$) demostraron tener mayor uso de estilo de afrontamiento de retirada.

Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento y el sexo del familiar (estilo de afrontamiento comprometido ($U=17, p=.54$); tolerante ($U=15.5, p=.45$) o afrontamiento de retirada ($U= 19, p=.69$).

Funcionalidad familiar.

Galvan y Padilla (2018) en Colombia realizaron un estudio con la finalidad de analizar la funcionalidad familiar de estudiantes consumidores de sustancias ilícitas en jóvenes universitarios. Se realizó el estudio en 129 estudiantes que mencionaron consumir sustancias adictivas. Se empleó para esto una entrevista semiestructurada y Escala de la funcionalidad Familiar de Friedemann (2014).

Conforme a la dimensión del mantenimiento del sistema familiar, se demostró que el 93.8% tenían un bajo nivel, el 6.2% un intermedio nivel. Con respecto al nivel de cambios en el sistema, el 66% tenían un nivel medio, el 29% un nivel alto y el 5% un nivel bajo. En relación a la individuación al interior de la familia, el 46.5% mostraron tener un nivel intermedio, el 30% un nivel bajo y el 23% un nivel alto. Por último, en la dimensión de coherencia en el núcleo familiar, el 62% tenía un nivel intermedio, el 27.9% un nivel alto y un 10% un nivel bajo.

Velázquez, Milian y Diaz (2017) realizaron un estudio en Cuba con la finalidad de caracterizar el comportamiento del familiar de pacientes alcohólicos. El estudio se realizó en 50 participantes (25 familiares y 25 pacientes consumidores). Los resultados permitieron conocer que los participantes (familiares y consumidores) percibían a su familia como moderadamente funcional (60% y 48%, respectivamente), sin embargo, las actitudes entre ellos demostraban ser familias disfuncionales (comentarios de violencia, agresión verbal, baja cohesión, mala comunicación, falta de respeto entre sus miembros y poca empatía entre los familiares).

Fortes y Fabelo (2016) realizaron un estudio en Cuba con la finalidad de describir las características psicosociales de 10 familias de sujetos que se encontraban reclusos en un dispensario comunitario de salud mental debido a sus problemas de consumo de

alcohol. El estudio se realizó en 10 pacientes alcohólicos y 10 familiares).

Los resultados permitieron conocer que el 60% de las familias eran nucleares, siendo el 100% de los participantes alcohólicos mencionaron tener en su familia otra persona que también consumía alcohol (padre-hermanos). El 50% de los sujetos alcohólicos estudiados alcanzaron un nivel medio de secundaria y el 30% de los familiares un nivel preparatoria. Predominaron las familias que viven en unión libre (50%) y el 40% eran casados.

El 50% de los sujetos alcohólicos perciben a su familia como moderadamente disfuncionales, el 40% perciben a las familias como disfuncionales y el 10% severamente disfuncionales. Por otra parte, el 50% de los familiares consideraron que sus familias de convivencia son disfuncionales, el 40% funcional y el 10% moderadamente disfuncional.

González y colaboradores (2011) realizaron un estudio en Colombia con la finalidad de determinar y analizar la efectividad del funcionamiento familiar con personas que han tenido intento de suicidio. El estudio se realizó en 23 familias donde existiera una persona que haya tenido intentos de suicidio. Se utilizó la escala de Efectividad de la funcionalidad familiar

Los resultados permitieron conocer que en las familias donde se presentaron intentos de suicidio, el 60.9% presentaron niveles bajos de efectividad en la funcionalidad familiar, el 26.1% niveles altos de efectividad en la funcionalidad familiar y un 13% nivel medio de efectividad. Lo que indica que las familias presentaron insatisfacción en el cumplimiento de sus necesidades biológica, psicológica y social de sus integrantes, por tanto, la energía no fluye libremente entre los sistemas, actuando fuerzas negativas que determinan un mal funcionamiento de la unidad familiar.

Esperanza.

Torgerson, Love y Vennun (2018) realizaron un estudio con la finalidad de examinar la pertenencia como un posible mediador del impacto del trauma infantil en la

salud mental de los adultos y el consumo arriesgado de alcohol. Se consideró la variable de esperanza como covariable dentro del estudio. Particularmente, se señala que la esperanza resultó ser significativamente asociado en ambos sexos, siendo más fuerte en mujeres ($X^2= 6.61, p<0.05$) que en hombres. Asimismo, se realizaron correlaciones para comprobar la relación que existían entre la esperanza y las variables del estudio, se demostró que la esperanza tuvo una correlación negativa con el riesgo al consumo de alcohol ($r=-.10, p<01$), es decir, a menor esperanza mayor es el riesgo de consumo de alcohol; una correlación positiva con la salud mental y el sentido de pertenencia ($r=.49, p<.01$), es decir, a mayor sentido de pertenencia mayor es la esperanza del participante y por último, se mostró que se presentó una correlación negativa con la educación ($r=-.08, p<05$), es decir, a menor esperanza menor es la educación del participante.

Stevens, Guerrero, Green y Jason (2018) realizaron un estudio con la finalidad de examinar si la esperanza y el sentido de comunidad son predictores de la calidad de vida para las personas que viven en lugares de rehabilitación debido al uso de sustancias. Los resultados del estudio indican que la raza/etnia, edad y duración de la estancia para la recuperación no fueron covariables independientes significativas de la calidad de vida al ser combinadas con la esperanza. Sin embargo, la esperanza y la calidad de vida tuvieron una relación y efecto significativo ($r=.57, p <.001$), demostrando que una orientación o tener aspiraciones futuras están asociadas con una evaluación actual de la calidad de vida. Estos resultados permitieron conocer que la calidad de vida puede ser percibida por la esperanza de los participantes.

Estrés, tensión, afrontamiento y apoyo social.

Spicer y Copello (2014) realizaron en Inglaterra un estudio con el objetivo de probar las relaciones conceptuales entre los cuatro elementos del modelo Stress Strain Coping Support [SSCS] con miembros de la familia afectados por el uso indebido de sustancias de un familiar. El estudio se realizó en 69 familiares de consumidores mediante la recopilación de datos a través de cuatro instrumentos de medición (La

Escala de Impacto del Miembro de la Familia [FMI], la Escala de Síntomas [SRT], El Cuestionario de Afrontamiento [CQ] y la Escala de Apoyo Social).

El 50% de la población entrevistada fue del sexo femenino con una media de edad de 59 años. Con relación al familiar consumidor, el padre (72.5%) y la esposa (14.5%) fueron quienes mayor consumían, siendo el alcohol la sustancia adictiva de mayor uso (50%). Asimismo, se demostró que los participantes mostraron tener un alto nivel de impacto en los miembros de la familia ($\bar{X}=25.7$, $DE=10.6$), alto nivel de síntomas ($\bar{X}=24.7$, $DE=14.1$), alto nivel de afrontamiento ($\bar{X}=38.7$, $DE=20.2$) y existió un alto nivel de apoyo funcional positivo ($\bar{X}=25.2$, $DE=5.8$) y un bajo nivel de apoyo negativo ($\bar{X}=16.6$, $DE=5.6$).y apoyo positivo ($\bar{X}=8.5$, $DE=4.9$).

Se observó un efecto directo significativo entre el estrés y la tensión de los miembros de la familia ($\beta=0.54$; $IC=0.32$ a 0.75 , $p=0.01$). En cuanto a las cuatro relaciones (afrontamiento, apoyo social positivo, apoyo social negativo y apoyo social funcional) que permitían conocer la mediación de las variables se dio a conocer que solo el apoyo negativo mostró tener un efecto mediador significativo ($\beta=0.22$; IC de 0.06 a 0.41 , $p=0.003$) entre el estrés del familiar y la tensión.

Impacto, síntomas, afrontamiento y esperanza

Orford y colaboradores (2017) realizaron un estudio en Brasil con la finalidad de conocer como la presencia del estrés, la tensión, el afrontamiento y la esperanza se encuentran presentes en familiares de consumidores de sustancias adictivas. El estudio fue realizado en 3105 familiares afectados debido a la conducta de consumo del familiar. Se utilizaron tres instrumentos de medición (Escala de Impacto del Miembro de la Familia [FMI], la Escala de Síntomas [SRT], El Cuestionario de Afrontamiento [CQ] y la Escala de Esperanza-Desesperanza).

Los resultados refieren que el 81% de la población entrevistada fue del sexo femenino. Con relación al familiar consumidor, el padre (60%) y esposo-pareja (12%) fueron quienes presentaban mayor consumo de sustancias adictivas, siendo el alcohol la

sustancia adictiva de mayor uso (50%). Asimismo, se demostró que los participantes tenían un alto nivel de impacto en los miembros de la familia ($\bar{X}=33.5$, $DE=11.5$), altos niveles de síntomas ($\bar{X}=49.3$, $DE=12.5$) así como en sus subescalas físicas, demostraron tener altos niveles de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=30$, $DE=11.8$), un nivel medio de afrontamiento tolerante ($\bar{X}=14.7$, $DE=5.3$) y bajos niveles de afrontamiento de retirada ($\bar{X}=9$, $DE=4.2$). Además, un nivel moderado de esperanza para el futuro ($\bar{X}=36.4$, $DE=5.4$).

Lee y colaboradores (2011) realizaron un estudio en Singapur con la finalidad de examinar el estrés, las conductas de afrontamiento, la morbilidad relacionada y la posterior utilización de recursos de 100 familiares de pacientes con problemas de adicción a sustancias adictivas que asisten a un programa nacional de tratamiento en Singapur. Se utilizaron tres instrumentos de medición (Escala de Impacto del Miembro de la Familia [FMI] y el Cuestionario de Afrontamiento [CQ]).

Los resultados señalan que el 81% de la población entrevistada fue del sexo femenino. Con relación al familiar consumidor, el esposo-pareja (38%) eran quienes reportan mayor consumo, siendo el alcohol la sustancia adictiva de mayor uso (48%). Asimismo, se demostró que los participantes tenían un alto nivel de impacto en los miembros de la familia ($\bar{X}=23.2$, $DE=10.4$) y se demostró tener altos niveles de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=26.8$, $DE=9.9$), un nivel medio de afrontamiento tolerante ($\bar{X}=9.8$, $DE=6.2$), y bajos niveles de afrontamiento de retirada ($\bar{X}=8.1$, $DE=4.2$).

Arcidiacono et al. (2010) realizaron en Italia un estudio con la finalidad de examinar el impacto producido por el consumo de alcohol y drogas. El estudio se realizó en 113 familiares afectados y preocupado por el consumo de sus familiares. Se utilizaron cuatro instrumentos de medición, la Escala de Impacto del Miembro de la Familia [FMI], la Escala de Síntomas [SRT], El Cuestionario de Afrontamiento [CQ] y la Escala de Esperanza-Desesperanza [HOPE].

En los resultados se indica que el 75% de la población entrevistada fue del sexo femenino con una media de edad de 35 años. Con relación al familiar consumidor, el hijo (47%) y el esposo-pareja (33%) reportaron mayor consumo, siendo el alcohol la sustancia adictiva de mayor uso (50%).

Asimismo, se demostró que los participantes mostraron tener un alto nivel de impacto en los miembros de la familia ($\bar{X} = 24.9$, $DE = 10.7$), altos niveles de síntomas ($\bar{X} = 26.2$, $DE = 12.3$) así como en sus subescalas físicas ($\bar{X} = 9.3$, $DE = 5.31$) y psicológicas ($\bar{X} = 16.8$, $DE = 7.7$), demostraron tener altos niveles de afrontamiento ($\bar{X} = 43.1$, $DE = 15.5$) tanto comprometido ($\bar{X} = 24.2$, $DE = 9.6$) como tolerante ($\bar{X} = 10.7$, $DE = 5.5$) y niveles relativamente bajos de afrontamiento de retiro ($\bar{X} = 8.6$, $DE = 4.4$), por último, existió un bajo nivel de esperanza para el futuro ($\bar{X} = 21.0$, $DE = 5.8$).

El impacto por consumo de alcohol se correlacionó positivamente con los síntomas físicos ($r = .35$, $p < .001$), psicológicos ($r = .38$, $p < .0005$) y con el afrontamiento general ($r = .46$, $p < .001$), el comprometido ($r = .40$, $p < .001$), el tolerante ($r = .45$, $p < .001$) y el de retirada ($r = 0.18$, $p = .048$).

La presencia de síntomas (tensión) se correlacionaron con el afrontamiento total ($r = .53$, $p < .001$), el afrontamiento comprometido ($r = .48$, $p < .001$) y el afrontamiento tolerante ($r = .55$, $p < .0005$) sin embargo, no se obtuvo correlación significativa con el afrontamiento de retirada ($r = 0.05$, $p = .185$).

Asimismo, no se obtuvieron correlaciones significativas entre ninguno de los puntajes de la escala de síntomas y la escala de esperanza o con sus subescalas, ni entre ninguno de los puntajes de afrontamiento y la escala esperanza o sus subescalas.

Templeton (2009) realizó un estudio en 12 familiares de consumidores de sustancias adictivas en Inglaterra con la finalidad de conocer la problemática que padece el familiar del consumidor antes y después de estar en una intervención breve. Los resultados permitieron conocer que la salud de los miembros de las familias en donde

existe una persona con problemas de uso de sustancias se encuentra afectada, se utilizaron diversas estrategias para el afrontamiento de problemas que existen en su entorno familiar, sin embargo, algunas de ellas no proporcionaban esperanza con relación a su futuro ni al del familiar consumidor.

Asimismo, se conoció que los familiares en relación al total de síntomas que percibían niveles altos de síntomas ($\bar{X}=29.6$), síntomas físicos ($\bar{X}=11.5$), síntomas psicológicos ($\bar{X}=18.1$). Se mostró que los familiares solían utilizar más el estilo de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=23.1$), después el tolerante ($\bar{X}=11.0$) y el de retirada ($\bar{X}=8.0$). Además, tuvieron altos niveles de impacto ante la problemática que enfrentaban ($\bar{X}=28.3$), alto impacto a consecuencia de la conducta preocupante ($\bar{X}=18.7$) y tenían bajos niveles de esperanza ($\bar{X}=29.3$).

Se realizaron correlaciones bivariadas que obtuvieron correlaciones significativas, particularmente entre las combinaciones de impacto (comportamiento particularmente preocupante), los síntomas (particularmente los síntomas psicológicos) y el afrontamiento tolerante, así como también entre la esperanza y el afrontamiento tolerante. Existieron correlaciones significativas entre el impacto total y síntomas totales ($r=.64, p<.05$); impacto total y síntomas psicológicos ($r=.67, p<.005$); impacto total y afrontamiento tolerante ($r=.86, p<.001$); comportamiento preocupante y síntomas totales ($r=.67, p<.005$); comportamiento preocupante y síntomas psicológicos ($r=.69, p<.005$); comportamiento preocupante y afrontamiento tolerante ($r=0.88, p<.001$); trastorno activo y afrontamiento tolerante ($r=.79, p<.001$); síntomas psicológicos y afrontamiento tolerante ($r=.58, p<.005$); síntomas psicológicos y afrontamiento comprometido ($r=0.66, p<.005$); esperanza y tolerancia tolerante ($r=.58, p<.005$).

Estrés, afrontamiento y apoyo.

Lee et al. (2011) realizaron un estudio con la finalidad de examinar el estrés, los comportamientos de afrontamiento, la morbilidad relacionada y la posterior utilización de los recursos de apoyo entre dos grupos de familiares de pacientes con problemas de

adicción a sustancias adictivas en Singapur.

Los resultados permitieron identificar que el 25% de los participantes informaron que sus relaciones con amigos y familiares se vieron afectados por la adicción, el 48% informó haber "sentido la necesidad de buscar apoyo para sus propios problemas o por el estrés causado por las enfermedades de sus parientes", el 72% expresó interés en recibir consejería y el 60% sintió que su trabajo se había visto afectado. Asimismo, el grupo de los familiares obtuvieron mayores niveles de depresión ($\bar{X}=12.7$, $DE = 12.3$, $p<.001$), estrés ($\bar{X}=19.4$, $DE = 6.8$, $p<.001$) y morbilidad psiquiátrica ($\bar{X}=7.5$, $DE = 7$, $p<.001$) y bajos niveles de bienestar general ($\bar{X}= 50$, $DE = 9.2$, $p=.50$) en comparación al grupo control.

Asimismo, los familiares obtuvieron una puntuación de 44.1 ($DE=16.4$), el estilo comprometido resultó ser el estilo de afrontamiento con mayor puntuación ($\bar{X}=26.8$, $DE= 9.9$), seguido del tolerante ($\bar{X}=9.8$, $DE=6.2$) y por último el de retirada ($\bar{X}=8.1$ $DE= 4.2$).

Además, el puntaje total de la escala de Impacto del Miembro de la Familia fue de 23.2 ($DE= 10.4$) siendo la subescala de comportamiento preocupante la que obtuvo mayor puntaje ($\bar{X} =15.7$, $DE= 6.7$) a comparación de la subescala de perturbación activa ($\bar{X}=7.5$, $DE=4.7$). De los tres estilos de afrontamiento, el afrontamiento tolerante-inactivo tuvo una correlaciones significativas con el bienestar ($r= -.50$, $p<.01$), morbilidad psiquiátrica ($r=.58$, $p<.01$), depresión ($r=.58$, $p<.01$), estrés percibido ($r=.59$, $p<.01$), impacto ($r=.45$, $p<.01$) y afrontamiento comprometido ($r=.48$ $p<.01$). Se realizó un modelo de regresión logística para probar la relación estrés-tensión-afrontamiento en donde las puntuaciones de depresión y bienestar se omitieron debido a la multicolinealidad con la morbilidad psiquiátrica ($r> 0.8$, $p <.01$).

El modelo general fue significativo ($X^2 = 54.2$, $p <.001$) y clasificó correctamente el 80% de los casos. El único predictor significativo de la morbilidad psiquiátrica fue el estrés percibido ($OR= 1.37$, $p <0.001$), es decir, por cada aumento de un punto en la

escala de estrés percibido hay un 37% más de posibilidades de que el encuestado sea un caso psiquiátrico.

Afrontamiento y síntomas.

Orford et al. (2001) realizaron un estudio con el objetivo de comparar dos grupos socioculturales en 100 familiares de consumidores de alcohol en la Ciudad de México y el Sureste de Inglaterra. Fue un estudio transversal, comparativo correlacional.

Se plantearon en el estudio hipótesis para ver las diferencias encontradas entre ambas ciudades, es decir, que los familiares de la Ciudad de México reportarían un estilo de afrontamiento tolerante a diferencia de los del suroeste de Inglaterra (estilo de retirada), sin embargo, esta hipótesis fue rechazada. En ambos países se reportaron se correlacionaron positiva y significativamente con el estilo de afrontamiento comprometido en la Ciudad de Mexico ($r=0.21, p<.005$) y al suroeste de Inglaterra ($r=.048, p<.001$). Asimismo, se correlacionaron positiva y significativamente con el estilo de afrontamiento tolerante ($r=0.48, p<.001$) y al suroeste de Inglaterra ($r=.056, p<.001$).

En la Ciudad de México se demostró que las mujeres muestran mayores niveles en el estilo de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=24.3, DE=9.1$). Particularmente, las parejas reportaron significativamente tener mayores niveles en los estilos de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=25.9, DE= 9.3, p<.001$) en comparación a los padres ($\bar{X}= 21.4, DE=9.2, p<.05$). Por su parte en Inglaterra, se reportó que las parejas solían tener un mayor nivel de estilo de afrontamiento comprometido ($\bar{X}=11.9, DE=9.3$) seguido del de retirada ($\bar{X}= 11.9, DE=5.2, p<.05$) en comparación a los padres ($\bar{X}= 22, DE=9.4; \bar{X}= 8.8, DE=4.7, p<.01$). Asimismo, las puntuaciones medias de los síntomas fueron altas en ambos grupos ($\bar{X}=71$) y no significativamente diferentes ($p>.05$).

Adaptación Instrumentos Apoyo social, impacto, esperanza-desesperanza

López et al., (2016) realizaron en México un estudio con la finalidad de evaluar la

confiabilidad de tres escalas sobre esperanza-desesperanza, apoyo social e impacto del consumo de drogas en familiares de usuarios de sustancias adictivas. Los resultados permitieron conocer que el 72.5% de los participantes fueron del género femenino, 73.8% eran personas con pareja. En relación a su nivel de estudios, el 27.5% tenían estudios profesionales mientras que el 26.3% tenían estudios de primaria. Conforme a la relación con el consumidor, el 45% eran madres del consumidor, el 20% era padre del consumidor y el 12.5% eran pareja del consumidor.

De acuerdo al análisis realizado en las escalas para realizar su adaptación a la población mexicana, permitió conocer que la Escala de Apoyo Social para Familiares de Consumidores de Drogas obtuvo una confiabilidad de .85 (escala general), mientras que el factor de apoyo negativo obtuvo un alpha de .92, el factor apoyo funcional positivo tuvo un alpha de .88 y el factor de apoyo formal: profesional y documental obtuvo un alpha de .82.

La escala de Impacto Familiar del Consumo de Drogas obtuvo una confiabilidad de .83, mientras que la dimensión de impacto social-funcional un alpha de Chronbach de .79 y la segunda dimensión, preocupación por el familiar, un alpha de .80. Por último, el cuestionario de Esperanza-Desesperanza obtuvo un bajo nivel de confiabilidad (.54).

Estudios cualitativos.

Estresores por consumo de alcohol.

Wilson, Lubman, Rodda, Manning y Yap (2017) realizaron un estudio cualitativo en Australia con la finalidad de examinar el impacto personal que tenían 100 parejas de consumidores de alcohol. Los resultados se organizaron en tres categorías: cogniciones, comportamientos y emociones. En la categoría de cogniciones señala conocer que los participantes se encontraban abrumados y reflexionaban sobre su situación, aunado a la combinación de pensamiento de incertidumbre sobre su futuro, desesperanza aunada a la culpabilidad de los comportamientos problemáticos del individuo.

En la categoría de comportamientos, se demostró que los participantes tenían un

estilo de afrontamiento inefectivo además habían tenido intentos de suicidio como mecanismo para afrontar el problema. Además, algunos participantes mencionaron tolerar o aceptar el consumo problemático de alcohol de su familiar, así como tener conductas de riesgo (sexuales, alimenticias, peleas, autolesiones y consumo de sustancias ilegales).

Por último, la categoría de emociones, se demostró que las tres emociones mayormente mencionadas fueron el enojo, la tristeza y el miedo ya que comentaron que las parejas sentían enojo y tristeza hacia su situación actual, debido a que se sentían heridos, traicionados con el individuo debido a su conducta. Además, se mencionó que les preocupaba el bienestar tanto del familiar como del resto de la familia.

Afrontamiento.

Groenewald y Bhana (2017) realizaron un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico con la finalidad de explorar las respuestas de afrontamiento de madres sudafricanas con hijos adolescentes con problemas de abuso de alcohol. Se realizaron entrevistas individuales.

Se encontró que las respuestas de afrontamiento de las madres se vieron influenciadas por factores individuales y relacionales que estaban principalmente incrustados en la angustia subjetiva de las madres y la naturaleza de la relación madre-adolescente. Las madres utilizaron estrategias centradas en las emociones y centradas en los problemas para hacer frente al abuso de alcohol de los adolescentes.

El afrontamiento centrado en las emociones implicaba varias respuestas de afrontamiento confrontativas, tolerante, retraído, mientras que el afrontamiento centrado en el problema incluía admitir o readmitir al adolescente para el tratamiento, hipervigilancia con respecto al comportamiento del adolescente e involucrar a los adolescentes en sus comportamientos. Así mismo, se encontró que las respuestas de afrontamiento a la sustancia de un adolescente también están influenciadas de forma en las circunstancias personales y sociales de la madre. El análisis reveló que las respuestas

de afrontamiento de las madres se vieron influenciadas por tres factores principales (el autoconcepto y la angustia emocional de la madre durante el período de abuso de sustancias del adolescente; la naturaleza de la relación de la madre con el adolescente y la disponibilidad de estructuras de apoyo social).

Apoyo social.

Werner y Malterud (2016) realizaron un estudio cualitativo en Noruega con la finalidad de explorar los encuentros con el profesional que tuvieron durante su infancia y adolescencia de nueve hijos de consumidores de alcohol. El análisis de la información permitió conocer que los profesionales raramente reconocían el problema de consumo de sus padres, en ocasiones debido a la habilidad de los padres o de los mismos hijos para ocultar sus problemas.

Asimismo, refiere que los participantes durante su infancia o adolescencia tenían una mala apariencia física debido a las negligencias de sus padres. También experimentaron sentimientos de abandono, se sintieron ignorados y “sin alguien con quien hablar”, fueron víctimas de bullying durante sus periodos académicos. Además, mencionaron que a pesar que el problema de consumo de alcohol del padre era evidente, los profesionales evitaron tomar acciones específicas para su cuidado o mejoría, esto debido a que los familiares al estar dentro una institución de salud o en contacto con algún otro profesional, la ayuda solo era momentánea y no se obtenía más información que pudiera ayudar a los integrantes de la familia.

Sakiyama, Rato, Canfield, Laranjeira y Sendin (2015) realizaron un estudio en Brasil con la finalidad de describir a 500 miembros de la familia que buscan apoyo en grupos de autoayuda para lidiar con el consumo de alcohol de algún miembro de la familia. Los resultados permitieron conocer que la mayoría de los participantes (91%) tenían un familiar del sexo masculino con problemas de consumo de sustancias adictivas. En donde el familiar descubrió posterior a los 3.7 años (del inicio de consumo) que su familiar tenía una conducta adictiva.

El 42% de los participantes mencionaron que comenzaron a buscar ayuda inmediatamente después de haber descubierto la adicción de su familiar. Por su parte, el 58% buscaron ayuda aproximadamente después de 2.6 años de haber tenido conocimiento de la adicción de su familiar, esto debido a que se sentían decepcionados, no sabían qué hacer, pensaban que era una situación transitoria o trataban de ocultar sus problemas.

Estrés y funcionalidad familiar.

McCrary et al (2018) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de tener mayor conocimiento en las perspectivas de personas (pacientes, familias y personal médico) que tienen interacción con pacientes con trastorno por uso de alcohol [TUA] y sus familias, así como sobre el papel de la familia en el tratamiento de TUA. para ayudar a informar el desarrollo de un modelo de tratamiento familiar con mayor potencial de aceptación en los programas de tratamiento de la comunidad.

Los hallazgos en el estudio destacan que el tener una persona con trastorno por uso de alcohol dentro de la familia produce un alto estrés en sus miembros. La información proporcionada fue codificada en varias categorías. Impacto en la familia, barreras para la búsqueda de tratamiento y factores para incrementar la relación de la familia en el tratamiento.

Con relación al impacto del TUA en la familia, el consumidor de alcohol, los familiares, así como el personal médico señalan que, dentro del entorno familiar, la problemática de consumo de alcohol causaba rupturas dentro de la familia y un mal funcionamiento en las relaciones intrafamiliares. Además, este problema provocaba que los familiares agotaran sus recursos como familia (financieros, de apoyo, tolerancia, etc.), debido a los altos costos en el tratamiento de rehabilitación, así como en el alto impacto que se produce en los familiares producto de la percepción negativa de la conducta de consumo del familiar.

Asimismo, los familiares, los consumidores y el personal médico mencionaron que

la inclusión de los familiares dentro de los tratamientos de rehabilitación es un factor que puede favorecer el tratamiento del consumidor, debido a que se incrementa las relaciones familiares, permitiendo mejorar la funcionalidad de la familia, aunado a que los consumidores mencionaron que el incluir un familiar puede ser un punto de apoyo importante para ellos, mientras que los clínicos mencionaron que la inclusión de la familia podría ser un factor que permitiera ver objetivamente la eficacia de la rehabilitación.

Estres, funcionamiento, afrontamiento y apoyo social.

Orford, Velleman, Natera, Templeton y Copello (2013) realizaron un estudio con el objetivo de conocer un panorama de un área descuidada en el sector de la salud (la atención a familiares de consumidores de sustancias adictivas). Se mencionó que el consumo de alcohol no solo es un problema que afecta a la familia que vive con el consumidor sino también a los familiares con otro tipo de relación familiar (sobrinos, abuelos, tíos, primos, etc.). Se mencionó que el familiar sufre de un alto nivel de estresores al convivir con una persona con problemas de consumo de sustancias adictivas. Esto provoca preocupación en los familiares debido a la conducta que realiza el consumidor. Asimismo, se observa que el familiar tiene preocupación por el funcionamiento de su familia y el mantenimiento de la calidad de las relaciones familiares, esto debido a que la comunicación entre integrantes disminuye y la conducta del consumidor muestra negligencia hacia los otros miembros.

En relación a la manera en cómo afrontan la situación, se reconoció que la utilización de estilos de afrontamiento han sido maneras que las personas utilizan para minimizar los problemas sucedidos debido a la conducta adictiva del familiar. El estilo de afrontamiento tolerante, se evidencia que el familiar acepta la adicción sin lograr hacer alguna acción para lograr un cambio. En el estilo comprometido, el familiar enfrenta al consumidor a través de comportamientos agresivos o al tratar de controlar el consumo de sustancias de su familiar. Por último, el estilo de retirada, se vio

representado que lo realizan los familiares de consumidores al momento en que estos evitan el contacto con el consumidor, logrando tener alguna distracción y satisfacción en sus vidas y aminorando los problemas en la familia.

Asimismo, refieren que el familiar del consumidor minimizan la problemática que enfrenta al tener conocimiento de la conducta de consumo del familiar, así como al obtener información precisa y clara de la adicción que enfrenta su familiar. Aunado a que, el establecimiento de un apoyo social, ha demostrado ser un aspecto importante para mejorar la salud debido a que es un amortiguador frente a diversas circunstancias estresantes. Sin embargo, en el caso de los familiares de consumidores de alcohol, comúnmente evitan este recurso debido a las repercusiones que pudieran ocurrir como “chismes”, críticas o rechazo.

Además, se mostró que el apoyo de un profesional (policía o instituciones) solía resultar problemático en países menos desarrollados debido a la falta de información entre los profesionales; esto debido a que pueden recibir críticas, trato antipático o incluso hasta agresiones. Los familiares de consumidores, en ocasiones, suelen percibir a este tipo de profesional como carentes de conocimiento, conciencia o comprensión. Aunado, los familiares veían a la religión como una institución solidaria que, en ocasiones, ofrece tácticas específicas de afrontamiento que dan esperanzas a los familiares de consumidores.

Estrategias de afrontamiento y apoyo social.

McCann y Lubman (2018) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares de consumidores de alcohol afectados de un familiar con abuso de sustancias. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en 31 familiares de consumidores. Los resultados fueron asociados en tres temas principales, buscar el acceso oportuno a la información basada en la evidencia, mejorar las estrategias personales de afrontamiento y acceder al apoyo informal y formal.

En relación a la búsqueda de acceso oportuno de información basada en evidencia, los participantes mencionaron que la búsqueda de información permitía incrementar su afrontamiento además se identificó la necesidad de la búsqueda de información suficiente para ayudar a su propio afrontamiento ante el estrés provocado por el consumo de sustancias del familiar. En relación a mejorar las estrategias personales de afrontamiento los familiares mencionaron la importancia realizar una mejoría en su afrontamiento a través de la promoción del bienestar físico y fortalecimiento del bienestar mental.

Afrontamiento y estresores (impacto).

Fereidouni et al.(2015) realizaron un estudio cualitativo con la finalidad de explorar el impacto que les producía estrés y las formas de afrontamiento utilizadas por las esposas de hombres adictos en Irán. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 24 cónyuges de consumidores en donde se logró identificar cuatro temas principales en los datos: noticias desgarradoras sobre la adicción del marido; hacer frente solo; deterioro progresivo y sufrimiento e interrupción de las relaciones familiares y las finanzas.

Relacionado a las noticias percibidas como desgarradoras, la mayor proporción de las esposas dieron a conocer que sus maridos ya eran adictos antes de casarse, sin embargo, ellas lo desconocían. Algunas de las participantes mencionaron que posterior a conocer la adicción de su esposo sufrieron un alto impacto de estrés al no aceptar que sus esposos eran adictos, produciendo problemas emocionales e inclusive colapsos. Además, las participantes mencionaron su falta de conocimiento acerca de la adicción de su pareja, la manera correcta sobre cómo lidiar con el problema así como la falta de información relacionada con tratamientos de adicciones.

En relación a la forma de hacer frente a la adicción del cónyuge, las participantes mencionaron que era difícil compartir con otras personas el problema que sucede en dentro de la familia; inicialmente habían intentado resolver el problema solas sin recibir apoyo social, sin embargo, ellas se percibían que "caminaban en la oscuridad" y trataron

de ocultar el problema. Habían utilizado diversas estrategias para hacer frente a su problema como la negociación, el llanto, la ira, el control y la sensibilidad hacia sus maridos con la finalidad de resolver el problema, sin embargo, reconocieron que estas estrategias no fueron eficaces.

Relacionado con el deterioro progresivo y sufrimiento, los participantes manifestaron que los efectos negativos de la adicción solían ser duraderos. Todos los aspectos del funcionamiento familiar (salud, bienestar, educación, finanzas y el futuro de los miembros de la familia) se vieron afectados por el uso de sustancias y se encontraban preocupados por el impacto de la adicción del esposo. Las esposas mencionaron haber gastado mucho dinero en llamadas telefónicas para traer a sus esposos a casa a tiempo sin tener éxito debido a que los esposos llegaban en horas inusuales y en condiciones inciertas.

Por último, en relación con la interrupción de las relaciones familiares y las finanzas. Las participantes mencionaron que la adicción de su pareja la convirtieron en una prioridad de atención atribuyéndola a tener estrés en la relación y baja interacción en la familia. Los esposos pocas veces se encontraban en el hogar y evitaban tener responsabilidades. Las participantes mencionaron que sus esposos volvían al hogar agitados, irritables y agresivos produciendo problemas de violencia física, emocional y verbal. Así mismo mencionaron tener problemas económicos que involucraban el desempleo del marido, problemas relacionados con el alojamiento, la educación de los hijos y las necesidades nutricionales diarias.

Estilos de afrontamiento, funcionalidad familiar y estrés.

Daley, Smith, Balogh y Toscolani (2017) realizaron una revisión de literatura con la finalidad de discutir el impacto que tienen el consumo de sustancias adictivas (opioides, alcohol, etc.) en las familias. En base a la literatura revisada, permitió conocer que los familiares son personas que son afectadas por el uso de sustancias adictivas del familiar. El alto impacto que se sufre al ser familiar de un consumidor se ve reflejado en

las conductas del familiar, esto es debido a que son personas que sufren en silencio, sienten vergüenza por el problema que padecen, no perciben tener un apoyo y tienen un acceso limitado a los servicios de salud, en donde estos efectos se han visto que persisten incluso años después de vivir con un consumidor de sustancias.

Asimismo, destacan diversos factores que median el impacto del problema del consumo como es el conocimiento de la sustancia consumida (cantidad, tipo y frecuencia de uso), el método de administración, la severidad y duración del consumo, el comportamiento del individuo (consumidor) aunado a la valoración por parte del personal médico para verificar si existe alguna consecuencia en su salud física o mental.

Asimismo, se ve afectada la funcionalidad familiar, ya que la comunicación, la cohesión familiar y la seguridad se ven deterioradas debido a los comportamientos del consumidor. Estas conductas están relacionadas con la baja relación que se tiene con los hijos en su desarrollo aunado a la violencia física, sexual o emocional que puede ocurrir como resultado de la intoxicación o el mal juicio asociado con el trastorno por uso de sustancias. La baja comunicación puede llevar a que los familiares guarden en secreto los problemas que padecen, sentir vergüenza, confusión, enojo, desesperanza y desmoralización.

Por último, se enfatizó que el uso de estilos de afrontamiento y habilidades sociales como el uso de apoyo social ya sea de padres, parientes, maestros o personal de salud pueden ser factores de protección que debe tener el familiar para evitar el impacto ante esta problemática.

Experiencias y estilos de afrontamiento.

Moraes, Daspett, Tabosa y de Macedo (2016) realizaron un estudio cualitativo (grupo focal) con la finalidad de comprender las experiencias y las estrategias de afrontamiento en 87 familiares de personas con abuso de sustancias registrados en dos Unidades Básicas de Salud en Brasil. Los resultados fueron clasificados en cuatro categorías: Visión de los familiares ante la dependencia de los adictos; Sentimientos y

actitudes relacionadas a ser familiar de adicto; Dificultades encontradas en el proceso y Estrategias de afrontamiento.

En relación a la primera categoría, los participantes indicaron que el familiar consumidor comenzó con su adicción a edades tempranas, destacando como principal motivo de inicio de consumo el afrontamiento a las tragedias (pérdidas sentimentales, muerte o asesinato y duelo). La adicción del consumidor fue vista como una “prisión”, sin embargo, este problema no es visto como un padecimiento que necesita tratamiento y que el familiar era el último en conocer el problema de adicción. Asimismo, los familiares resaltaron que el consumidor necesita pedir ayuda, el deseo de cambiar y aceptar que padecía de un problema para comenzar una búsqueda de tratamiento.

Conforme a la segunda categoría, los familiares mencionaron tener diversos sentimientos negativos hacia la adicción de su familiar (compasión, impotencia, pena, rabia, odio, vergüenza, culpa, vergüenza, miedo a la agresividad y humillación). La relación del familiar con el consumidor era poca debido al temor a la agresividad que tenía al consumidor. Por otro lado, se observó que ningún familiar mostró sentirse preparado para enfrentar la situación que padecía en la familia, debido a que, en diversas ocasiones, los familiares pensaron en usar la fuerza/agresión como una estrategia de acción, considerando incluso matar al miembro de la familia como una manera desesperada de superar el problema y terminar definitivamente la situación.

Conforme a la tercera categoría, los familiares mencionaron que existen diversos factores que facilitaron la recaída del usuario como la falta de confianza de los familiares, sentimientos de impotencia, falta de reconocimiento del estado de la adicción, la dificultad de aceptar el tratamiento como motivo de recaída y la desmotivación de los familiares para ayudar. Asimismo, la relación personal que tenían con el consumidor resultó ser difícil debido a que el olor a alcohol en la ropa y en la orina, el estado de ebriedad con el que regresaba a casa, la dificultad para comunicarse y la falta de confianza. Además, la falta de dinero para pagar el tratamiento, las dificultades para

obtener atención pública y hospitalización, principalmente para mujeres, y no tener apoyo social, generó vulnerabilidad familiar, informando la lucha para obtener recursos materiales y una red de apoyo.

Por último, relacionado a las estrategias de afrontamiento, los familiares comentaron preferir evitar la exposición con el usuario (excluyéndolo de actividades, mantener la situación en secreto). El miembro de la familia mencionó que la forma de afrontamiento consistía en aconsejarle que detuviera el consumo (comprometido), cambiara los hábitos y el compañerismo, buscara otras actividades, estudiara más, cuidara el cuerpo y se preocupara por la nutrición. Otra estrategia adoptada fue el aislamiento o la distancia (retirada). Las familias usaron la fé y la espiritualidad como un factor protector y de esperanza, entregando la situación en las manos de Dios, tratando de resolver el problema y para continuar teniendo fuerza para nunca rendirse.

En síntesis, la evidencia científica obtenida en la literatura científica revisada demuestra que el consumo problemático de alcohol no solo afecta a la persona que tiene esta conducta, sino también, a aquellos con los que el consumidor se relaciona como su familia. Además, estos problemas no solo repercuten en el ambiente familiar, sino que afectan la salud física y emocional de los miembros de la familia. En este sentido, la literatura indica que el familiar de un consumidor de alcohol comúnmente suelen percibirse como personas con altos niveles de estrés, esto debido a que el convivir con una persona con una conducta adictiva puede generar problemas dentro del entorno familiar (discusiones, sentimientos de preocupación e impotencia, incertidumbre, depresión, tensión, violencia física o verbal, entre otros). Asimismo, el estrés que padece el familiar produce la aparición de altos niveles de tensión, es decir, sufren serios problemas en su salud física y psicológica debido a las diversas situaciones problemáticas que el consumidor produce en su entorno familiar.

La mayor parte de esta evidencia ha demostrado que las mujeres (pareja del consumidor) son quienes presentan mayor impacto negativo ante esta problemática, esto

debido a que en mayor medida las estrategias de afrontamiento no son las adecuadas para hacer frente a la problemática que enfrentan, debido a que se ha visto reflejado que el estilo de afrontamiento que suele utilizar el familiar del consumidor de alcohol es el tolerante o comprometido, es decir, la persona se resigna ante el problema de la adicción del familiar o intenta hacer cambios en la vida del consumidor para recuperar el control.

Asimismo, se demostró que el familiar del consumidor de alcohol no suele tener apoyo social, por parte del personal de salud y de otros . Aunado a lo anterior, la baja esperanza que tiene el familiar, puede verse reflejada en el aumento en la problemática que existe aunado al incremento de problemas en la salud emocional de los familiares. Además, la funcionalidad de la familia se ve afectada al existir el consumo de alcohol en el entorno familiar, esto se percibe a través de peleas familiares, discusiones, mala comunicación aunado a que el familiar perciba a su familia como una familia disfuncional.

Como se mencionó anteriormente, tener inadecuados estilos de afrontamiento (tolerante o comprometido), un bajo apoyo social, una baja esperanza, así como una inadecuada percepción del funcionamiento en la familia, pueden incrementar la presencia de síntomas físicos y psicológicos en los miembros de la familia, esto se ve reflejado en el incremento de síntomas somáticos o alteraciones en su salud mental. Sin embargo, al ser tratados adecuadamente y de manera oportuna, estos factores pueden llegar a mediar la presencia de síntomas en el familiar del consumidor.

Objetivos e hipótesis

Objetivo general.

Analizar el efecto del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia, los estresores por consumo de alcohol, los estilos de afrontamiento por consumo de alcohol, el apoyo social por consumo de alcohol, la esperanza por consumo de alcohol y la funcionalidad familiar sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol en una población del Estado de Nuevo León.

Objetivos específicos.

1. Estimar la influencia del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia sobre los estresores por consumo de alcohol en el familiar del consumidor.
2. Estimar la influencia de los estresores por consumo de alcohol sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol..
3. Estimar la influencia del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol.
4. Estimar la influencia mediadora de los estilos de afrontamiento y el apoyo social entre los estresores y la tensión del familiar por consumo de alcohol.
5. Estimar la influencia mediadora de la esperanza y el funcionamiento familiar entre los estresores por consumo de alcohol en el familiar y la tensión.

Hipótesis.

- 1.El consumo problemático de alcohol de un integrante afecta positivamente con la presencia de estresores en el familiar del consumidor de alcohol.
- 2.Los estresores por consumo de alcohol en el familiar afectan positivamente a la tensión del familiar por consumo de alcohol .
- 3.El consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia se relaciona positivamente con la presencia de tensión por consumo de alcohol en el familiar.
- 4.Los estilos de afrontamiento y el apoyo social por consumo de alcohol del familiar tienen efecto sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol .

5. La esperanza y el funcionamiento familiar tienen efecto sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol.

Definición de términos

Variables que fueron medidas a través de la Cédula de datos personales y consumo de alcohol del miembro de la familia con problemas de alcohol [CDPyCAF], Cédula de datos personales y conducta de consumo de alcohol del familiar consumidor [CDPyCCAF]

Sexo, característica biológica que identifica a los participantes, considerado en hombre y mujer.

Edad, número de años cumplidos del participante al momento de la entrevista.

Estado civil, situación legal del participante en relación con su pareja, considerado en soltero(a), casado(a), unión libre y divorciado(a).

Relación familiar, parentesco consanguíneo, legal o sentimental que tiene el participante del estudio con el consumidor(a) de alcohol, considerado como hijo(a), novio(a)/pareja, padre/madre, otro.

Nivel escolar, nivel académico de educación formal que señale el participante al momento de la realización de la entrevista, se consideró los niveles de primaria, secundaria, preparatoria, preparatoria técnica, universidad, posgrado así como los niveles truncos.

Trabajo, actividad laboral remunerada realizada por los participantes del estudio (familiar y consumidor), clasificado como comerciante, negocio propio, empleado, obrero, secretaria.

Consumo de alcohol del familiar consumidor, ingesta de bebidas alcohólicas estándar del miembro de la familia que consume alcohol (esposo/pareja, hijo, hermano, primo), el cual se incluyó la ingesta de cervezas (355 ml), vino, destilados (150ml) o bebidas preparadas (45 ml de destilados). Se clasificó en base a los tipos de consumo de alcohol de acuerdo con la frecuencia y cantidad (riesgo, dependiente, perjudicial o

dañino); para su medición se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos Debidos al Uso de Alcohol [AUDIT] (Babor, 2001).

Consumo dependiente, se consideró cuando el familiar obtiene una puntuación mayor a cero de las preguntas cuatro a la seis del AUDIT, es decir, cuando el familiar muestra deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades u obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y necesidad de consumir en días posteriores.

Consumo perjudicial o dañino, se consideró cuando el familiar obtuvo una puntuación mayor a cero en los reactivos del siete al 10 del AUDIT. Es decir, ha presentado consecuencias para la salud física y mental, ha sentido culpabilidad por la forma de beber, no ha recordado situaciones mientras ha estado bebiendo, se ha lastimado o alguien a resultados lastimado como consecuencia de su consumo de alcohol y algún familiar o amigo se ha preocupado por la forma en que bebe.

Estresores por consumo de alcohol en el familiar del consumidor, son las situaciones estresantes negativas que el familiar percibe relacionadas con las actividades problemáticas realizadas por el consumidor de alcohol aunado a la preocupación percibida hacia la conducta adictiva del familiar. Se midió a través del Cuestionario de Impacto de Miembro de la Familia adaptado para la población mexicana por López et al. (2016).

Estresor social funcional: Situaciones estresantes que suceden dentro del entorno familiar ante las consecuencias sociales que se generan a consecuencia del consumo de alcohol.

Preocupación por el familiar: Intranquilidad que percibe el familiar ante las consecuencias que se generan por el problema de consumo de alcohol.

Estilos de afrontamiento por consumo de alcohol en el familiar del consumidor, son las acciones cognitivas y conductuales que realiza el familiar para confrontar los problemas estresantes que surgen al vivir y/o convivir con un consumidor de alcohol.

Estos estilos de afrontamiento se clasificaron en estilo de afrontamiento comprometido, tolerante y de retirada.

Comprometido, estilo de afrontamiento en donde el familiar busca acciones positivas que permitan que el miembro consumidor intente cambiar o deje de beber. Estas acciones pueden ser de tipo emocional, controladoras y asertivas.

Tolerante, es el estilo de afrontamiento en donde el familiar tolera, excusa y percibe que el consumo de alcohol que tiene el miembro de la familia es una conducta que no puede ser cambiada.

Retirada, es el estilo de afrontamiento en donde el familiar realiza acciones para intentar evitar la conducta adictiva y/o contacto al establecer distancia física y emocional en relación con la persona que consume alcohol. Los estilos de afrontamiento fueron medidos a través del Cuestionario de Afrontamiento desarrollado por Orford et al. (1998).

Apoyo social por consumo de alcohol en el familiar del consumidor, se define como aquella red de apoyo del familiar en la cual se siente seguro, cuidado y con libertad de exponer sus problemas provocados por el consumo de alcohol que tiene el miembro de la familia. Este concepto fue medido a través del Cuestionario de Apoyo Social desarrollado por Toner (2010) y adaptado a la población mexicana por López et al. (2016).

Apoyo social funcional positivo: Red de apoyo en la cual el familiar recibe consejos, ayuda y comprensión por parte de sus pares.

Apoyo social negativo: Percepción del apoyo del familiar del consumidor que se relaciona con la conducta que tienen las demás personas hacia el problema que se presenta en su familia (consumo de alcohol), la crítica que le dan a conocer acerca del consumidor.

Apoyo social formal: Red de ayuda relacionada con el apoyo que ha recibido por parte del personal de salud o a través de información confiable (libros o folletos

especializados en el área de adicciones).

Esperanza por consumo de alcohol en el familiar del consumidor, es la percepción que tiene el familiar del consumidor de alcohol acerca de posibles cambios deseados que se pueden producir en su vida y en el futuro debido a la conducta de consumo de alcohol del miembro de la familia consumidor. Este concepto fue medido con el Cuestionario de Esperanza-Desesperanza de López et. al. (2016).

Funcionamiento de la familia, es la valoración que realizan los miembros de la familia (familiar y consumidor) hacia la capacidad de unión y funcionamiento que existe dentro del entorno familiar. Este concepto fue medido a través de la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar diseñado por Friedemann (2006)

Coherencia: Serie de acciones o actitudes utilizadas en la familia del consumidor de alcohol con la finalidad de establecer y mantener lazos emocionales para dar sentido de unidad, pertenencia y compromiso mutuo con el sistema familiar como un todo.

Individuación: acciones en las cuales los integrantes de la familia del consumidor de alcohol animan a sus miembros a adquirir nuevos conocimientos, establecer roles dentro de sistemas de ambiente con la finalidad de experimentar un crecimiento personal.

Mantenimiento del sistema: Son acciones que tienen el propósito de suplir necesidades físicas, emocionales y sociales enfocadas a mantener la estructura familiar (estabilidad y el control familiar) y protegerla ante la problemática de consumo de alcohol en el entorno familiar.

Cambio del sistema: Son aquellas alteraciones o cambios significativos que realiza el participante dirigidas al control y crecimiento de la familia ante la presión o infelicidad de una situación que puede venir desde fuera o dentro del entorno familiar y que llevan a la persona a cambiar valores, actitudes para determinar nuevas prioridades en la vida..

Tensión del familiar por consumo de alcohol, son los efectos producidos en la salud

del familiar a través de la presencia de síntomas (cansancio, falta de apetito, dolor de cabeza, ansiedad, enojo, culpa, alteración en patrón de sueño, entre otros) a consecuencia directa del conjunto de circunstancias estresantes relacionadas por el consumo de alcohol de un integrante de su familia. Este concepto fue medido a través de la Escala de síntomas de Mora, Natera & Andrade-Palos (1994).

Capítulo II

Metodología

En el presente apartado se describe el diseño del estudio, la población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, descripción de los instrumentos, procedimiento de selección de participantes, procedimiento recolección de los datos, consideraciones éticas del estudio y finalmente el análisis de los datos.

Diseño del estudio

El estudio fue predictivo con diseño de comprobación de modelo, esto debido a que el propósito fue analizar los efectos del consumo de alcohol en miembros de la familia, estresores por consumo de alcohol en la familia, el funcionamiento de la familia, la esperanza, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre la presencia de tensión por consumo de alcohol en la familia (Burns & Grove, 2009). Así mismo, fue transversal, ya que la obtención de los datos se obtuvo en un momento específico del tiempo (Polit & Hungler, 2000).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por familiares con un miembro que consumía alcohol (consumo dependiente y perjudicial), es decir, consumidor de alcohol y un familiar del consumidor de alcohol del área metropolitana del estado de Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico por cuota. El cálculo de muestra se realizó por medio del software nQuery Advisor® 7.0 (Elashoff, 2007), para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 6 variables independientes con un nivel de significancia de .05, considerado un tamaño de efecto mediano a pequeño (Cohen, 1988) y una potencia de 85%. La muestra calculada final fue de 161 diadas (consumidor y pareja).

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para los consumidores de alcohol fueron tener un consumo dependiente o dañino, lo cual fue evaluado por el AUDIT y la autorización de

los participantes a través del consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron tener un consumo de riesgo y que además hayan reportado consumir drogas ilícitas. Para los familiares, los criterios de inclusión fueron; ser mayor de edad, saber leer, escribir, dar la autorización a través del consentimiento informado y vivir en el mismo domicilio que el consumidor.

Instrumentos de medición

En el presente estudio se utilizaron dos Cédulas de Datos Personales, una para el miembro de la familia que consume de alcohol (CDP-Consumidor [Apéndice A]) y otra para el familiar del consumidor (CDP-Familiar [Apéndice B]) y ocho instrumentos de medición que incluyen: Cuestionario de Impacto del Consumo en la Familia (López et. al., 2016 [Apéndice C]); Cuestionario de Esperanza- Desesperanza (López, et al, 2016 [Apéndice D]); Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (Friedemann, 2006 [Apéndice E]), Cuestionario de Afrontamiento el cual cuenta con versión para hombres (Apéndice F) y mujeres (Apéndice G) desarrollado por Orford et, al. (1998); Cuestionario de Apoyo Social (López, et al, 2016 [Apéndice H]); Escala de Síntomas –SRT (Mora, Natera & Andrade-Palos, 1994 [Apéndice I]) y Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol– AUDIT (Babor et al., 2001 [Apéndice J]).

Cabe de señalar que al consumidor de alcohol únicamente le fueron aplicados una Cédula de Datos Personales (consumidor), la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar [Apéndice E] y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol–AUDIT [Apéndice J].

Cédula de datos personales – consumidor.

Está compuesta de dos apartados, el primer apartado incluye cuestiones sobre datos sociodemográficos tal como; edad, sexo, estado civil, escolaridad situación laboral. El segundo apartado incluye aspectos sobre el consumo de alcohol tal como edad de inicio de consumo, bebida de preferencia, cantidad de consumo en un día típico, lugar de

consumo y si ha existido algún accidente durante o después de haber consumido.

Cédula de datos personales – familiar.

Están compuestas por dos apartados; el primero consiste en preguntas que permitieron conocer información sociodemográfica del participante del estudio como sexo, edad, estado civil, relación con el familiar consumidor, escolaridad y ocupación. El segundo apartado está compuesto por preguntas relacionadas con la conducta de consumo del familiar que incluyen cuestiones relacionados al patrón de consumo del familiar tal como días de consumo, cantidad de bebidas consumidas, lugar de consumo, frecuencia de embriaguez y presencia de accidentes.

Cuestionario de impacto del consumo en la familia.

El Cuestionario de Impacto del Consumo en la Familia desarrollado por Orford et al, en el 2005 y adaptado para la población mexicana por López et al. en el año 2016. Este instrumento tiene como objetivo evaluar el alcance y tipo de Impacto que percibe el familiar en los últimos 3 meses ante el consumo de alcohol que tiene un miembro de la familia. Es cuestionario auto aplicable compuesto por 10 preguntas que indican la frecuencia en la cual el miembro de la familia consumidor realiza actividades que pueden llegar a perjudicar al familiar por ejemplo ¿Tu familiar ha perturbado situaciones de convivencia familiar? ¿Le preocupa que la salud física de su familiar haya sido afectada por la bebida? El patrón de respuesta es de tipo Likert con una puntuación que va de 0 a 3 (cero= nunca, uno= una o dos veces, dos= algunas veces y tres= frecuentemente).

El cuestionario es calificado de manera general para conocer la puntuación del impacto total familiar del consumidor de alcohol, así como por dos dimensiones (impacto social-funcional y preocupación por el familiar). La subescala de impacto social-funcional está compuesta por 6 ítems (2,3,4,5,6 y 7) relacionados con las posibles dificultades causadas por el familiar consumidor a las actividades sociales o recreativas del resto de la familia. La subescala preocupación por el familiar está compuesta por 4

ítems (1,8,9 y 10) relacionados con la preocupación que el miembro de la familia siente por las conductas o actitudes del consumidor. El cuestionario total tiene una puntuación de 0 a 30 que indica a mayor puntuación mayor es el impacto del consumo en la familia, para fines de tratamiento estadístico las puntuaciones se convirtieron en índices para tomar valores de 0 a 100. Cabe mencionar que ha obtenido consistencia interna aceptable en población mexicana de .83 para la escala total (López et al., 2016).

Cuestionario de esperanza- desesperanza.

El Cuestionario de Esperanza-Desesperanza fue desarrollado por Micallef en el año 1995 y adaptado para la población mexicana por López et. al. en el 2016. Este instrumento tiene el objetivo de medir que tan optimista o pesimista se siente un miembro de la familia en relación al problema de consumo de alcohol o drogas que existe en el entorno familiar.

Es un cuestionario autoaplicable compuesto por 10 ítems (5 positivos y 5 negativos) con una escala de medición tipo Likert que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo con una puntuación que va de 5 a 1 a los ítems positivos y de 1 a 5 a los ítems negativos. Los ítems 1, 5, 8, 9 y 10 son ítems positivos mientras que los ítems 2, 3, 4, 6 y 7 son ítems negativos. El cuestionario total tiene una puntuación de 10 a 50 que indica a mayor puntuación mayor es la esperanza que tiene el familiar, para fines de estadísticos las puntuaciones se convirtieron en índices para tomar valores de 0 a 100. Debido a su confiabilidad (.55) los autores que realizaron la adaptación han recomendado su aplicación en familias mexicanas con problemas de adicción (López et al. 2016).

Escala de efectividad de la funcionalidad familiar.

La Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar fue desarrollada por Friedemann en el año 2006. Es un cuestionario autoaplicable que tiene la finalidad de conocer el nivel de efectividad del funcionamiento familiar, se encuentra conformado por 20 ítems. Los ítems del cuestionario están agrupados según dimensiones propuestas

en la Teoría de la Organización Sistémica Familiar (Coherencia [C], Individuación [I], Cambio del sistema [CS], Mantenimiento del sistema [MS]). La dimensión de coherencia [C] se mide a través de los ítems 1, 5, 10, 15 y 18; la dimensión de individuación [I] por los ítems 3, 7 y 12; la dimensión de cambio en el sistema [CS] 4, 8, 13, 17 y 20 y la dimensión mantenimiento del sistema [MS] 2, 6, 9, 11, 14, 16 y 19.

La ponderación del cuestionario está conformada de acuerdo al nivel de funcionalidad familiar, es decir, de 20 a 33 puntos equivale a un nivel tipo 1 (bajo nivel de efectividad del funcionamiento familiar), de 34 a 47 puntos un nivel tipo 2 (nivel intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar) y de 48 a 60 un nivel tipo 3 (alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar). Asimismo, las puntuaciones del cuestionario pueden ir acorde a las dimensiones del cuestionario, es decir, las puntuaciones máximas y mínimas dependen del tipo de dimensión. La dimensión de mantenimiento del sistema [MS] su puntuación mínima es de 7 y máxima de 21 y su clasificación es de nivel alto de 17 a 21 puntos, nivel intermedio de 12 a 16 puntos y nivel bajo de 7 a 11 puntos. La dimensión de cambio del sistema [CS] la puntuación varía de 5 a 15 puntos, en donde obtener de 13 a 15 puntos indican tener un nivel alto, de 9 a 12 puntos un nivel intermedio y de 5 a 8 puntos un nivel bajo.

La dimensión individuación [I] su puntuación va de 3 a 9 puntos donde obtener de 8 a 9 puntos indica un nivel alto, de 6 a 7 un nivel intermedio y de 3 a 5 un nivel bajo y la dimensión de coherencia [C] las puntuaciones van de 5 a 15, donde 13 a 15 significa tener un nivel alto, de 9 a 12 un nivel intermedio y de 5 a 8 un nivel bajo. Para fines de tratamiento estadístico las puntuaciones de la escala fueron convertidos en índices para tomar valores de 0 a 100. Cabe mencionar, esta escala ha sido aplicada en jóvenes y adultos en Colombia mostrando confiabilidad de .76 a .85 (Criado & Rubiano, 2009; Villalobos, 2008).

Instrumento de afrontamiento.

Fue desarrollado por Orford et al. en 1998 y adaptado para la población mexicana

por Natera et al. (1998) con la finalidad de conocer las formas de afrontar el consumo de sustancias en la familia en los últimos tres meses. Cabe destacar que este cuestionario está desarrollado en dos versiones dependiendo quien es la persona consumidora, es decir, si es hombre o mujer el consumidor de alcohol. El cuestionario está compuesto por 30 ítems en donde se le cuestiona al participante la frecuencia de ciertas actividades para afrontar el consumo del miembro de la familia. El patrón de respuesta es una escala tipo Likert con puntuación de 0 a 3 (cero= no, uno=una o dos veces, dos= a veces, tres= a menudo, respectivamente).

Los ítems del cuestionario están agrupados según los estilos de afrontamiento; el estilo de afrontamiento comprometido (E) se mide a través de los ítems 1, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 25, 26 y 28, el estilo de afrontamiento tolerante (T) se mide a través los ítems 3, 4, 10, 14, 20, 23, 24, 27 y 30 y el estilo de afrontamiento de retirada (W) por los ítems 2, 8, 12, 15, 18 y 29. La interpretación de los resultados va en relación a los puntajes del instrumento, es decir, a mayor puntuación mayor la presencia de determinado estilo de afrontamiento. Asimismo, el cuestionario puede medirse acorde a los diferentes estilos de afrontamiento, es decir, para obtener la calificación del estilo de afrontamiento comprometido (E) se debe hacer la suma de las puntuaciones de los reactivos correspondientes a la dimensión obteniendo como puntuación máxima 42 y mínima 0, lo que indica a mayor puntuación, mayor uso del estilo de afrontamiento comprometido (E).

Para obtener la puntuación del estilo de afrontamiento tolerante (T) se debe hacer la suma de los reactivos correspondientes a la dimensión siendo su puntuación máxima 27 puntos y mínima 0, indicando que, a mayor puntuación, mayor uso del estilo de afrontamiento tolerante (T). Por último, para obtener la puntuación del estilo de afrontamiento de retirada (W) se debe hacer la suma de los ítems correspondientes a la dimensión y posteriormente restar los puntajes obtenidos en los ítems 5 y 22. Por último, sumar 6 puntos a la calificación final obtenida en esta dimensión con la finalidad de

asegurar que todos los valores son positivos, siendo la puntuación máxima 24 puntos. Cabe de señalar que, en este instrumento, el reactivo 5 contribuye positivamente al estilo de afrontamiento comprometido (E) y negativamente al estilo de afrontamiento de retirada (W).

Este cuestionario tiene una puntuación total de 0 a 90 lo que indica a mayor puntuación mayor es el afrontamiento que tiene el familiar ante el consumo de sustancias adictivas, para fines de estadísticos las puntuaciones se convirtieron en índices para tomar valores de 0 a 100. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana mostrando confiabilidad aceptable de .87 (Natera, et al., 2016; Natera & Tiburcio, 2003; Tiburcio & Natera, 2003).

Cuestionario de apoyo Social para familiares de consumidores de drogas.

Es un cuestionario de apoyo social para familiares de consumidores de drogas desarrollado por Toner (2010) y posteriormente adaptado para la población mexicana por López et al. (2016) donde reportan consistencia interna de .85. Es un instrumento autoaplicable que permite conocer el apoyo social de familiares de consumidores problemáticos de alcohol enfocado en el apoyo negativo, apoyo funcional positivo y apoyo formal (documental y profesional).

El cuestionario se encuentra compuesto por 19 ítems relacionados con situaciones que le hayan pasado al familiar del consumidor de alcohol en los últimos tres meses. La dimensión de apoyo negativo permite conocer aspectos relacionados con falta de comprensión, la crítica severa hacia el familiar o el usuario, así como la ausencia de ayuda práctica y es medido a través de nueve ítems (4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14 y 18), la dimensión de apoyo funcional positivo indaga sobre el acompañamiento o consejos que recibe el familiar, así como si se considera que es una persona que es escuchada por amigos o conocidos y se mide a través de seis ítems (2, 3, 6, 15, 16 y 17). Por último, la dimensión de apoyo formal (documental/profesional) explora si los familiares han recurrido o han tenido a su disposición apoyo de profesionales de la salud o de

información especializada en adicciones (libros/folletos) y es medido a través de cuatro ítems (1, 10, 13 y 19).

El patrón de respuesta que tiene el cuestionario es de tipo Likert con una puntuación que va de 0 a 3 (cero= ninguna, uno= una o dos veces, dos= algunas veces y tres=frecuentemente) con una puntuación máxima general de 57 puntos y mínima de 0. En lo que respecta a la dimensión de apoyo negativo la puntuación máxima es de 27 y mínima de 0. La dimensión de apoyo funcional positivo su puntuación máxima es de 18 y mínima de 0 y la dimensión apoyo formal su puntuación máxima es de 12 y mínima de 0. El cuestionario tiene una puntuación de 0 a 57 que indica a mayor puntuación mayor es el apoyo social que tiene el familiar, para fines de estadísticos las puntuaciones se convirtieron en índices para tomar valores de 0 a 100.

Escala de síntomas –SRT.

Fue desarrollada por Kellner y Shielffield en el año 1973 (versión corta) y adaptada para la población mexicana por Mora, Natera & Andrade-Palos (1994), los cuales reportaron Alphas de Chronbach de .93. La SRT tiene la finalidad de explorar la presencia de rasgos psicopatológicos y somáticos comunes en la población general en los últimos tres meses (previos a la aplicación del instrumento).

Es un cuestionario autoaplicable compuesto de 30 síntomas (somáticos y psicológicos) con la finalidad que el participante seleccione la frecuencia en la que los ha experimentado. La escala puede ser calificada de manera general para conocer el nivel de percepción de los síntomas en el participante, así como por dos subescalas (síntomas psicológicos y síntomas físicos). La subescala síntomas físicos está compuesta por 12 ítems (1, 2, 4, 6, 7, 11, 14, 16, 21, 22, 27, 29 y 30) relacionados con signos o síntomas del familiar, mientras que la subescala de síntomas psicológicos está compuesta por 18 ítems (3, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28) relacionados con las percepciones que siente el familiar. El patrón de respuesta de la autoescala es de tipo Likert con puntuación de 0 a 2 (nunca, a veces y a menudo). La

puntuación del cuestionario puede ser calificado de manera general o a su vez por dimensiones (síntomas físicos y síntomas psicológicos), la puntuación total del instrumento oscila entre 0 y 60 puntos, lo que indica que, a mayor puntuación, mayor percepción de síntomas. Cabe señalar que los autores sugieren emplear un punto de corte total de 25 puntos, es decir, las personas que obtengan 25 o más puntos en la escala total están en un mayor riesgo de tensión.

A su vez, para obtener la calificación de los síntomas físicos, se debe hacer la suma del puntaje de los ítems de dicha dimensión, siendo la puntuación máxima de 26 puntos y mínima de 0, es decir, a mayor puntuación mayor presencia de síntomas físicos. Por último, para obtener la calificación de los síntomas psicológicos se deben sumar las puntuaciones de los ítems de la dimensión, siendo la puntuación máxima de 34 puntos, es decir, a mayor puntuación mayor es la presencia de dichos síntomas. Para fines de estadísticos las puntuaciones se convirtieron en índices para tomar valores de 0 a 100.

Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).

Únicamente el familiar consumidor de alcohol fue quien contestó el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT]. El AUDIT fue desarrollado por Babor en 1989 (Organización Mundial de la Salud, 1989) y validado para la población mexicana por De la Fuente y Kershenobich en 1992, los autores de este instrumento reportan una sensibilidad de .90 y una especificidad del .80 (De la Fuente y Kershenobich, 1992). Es un cuestionario autoaplicable que permite conocer el tipo de consumo de alcohol que presentan los individuos que han consumido alcohol en el último año y las consecuencias que se tienen ante el tipo de consumo, está conformado por 10 preguntas.

Las preguntas uno al tres indican la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, permiten identificar si la persona consume dentro del límite de riesgo, los reactivos cuatro al seis evalúan la posibilidad que la persona presente dependencia al consumo de

alcohol, miden síntomas de dependencia al consumo de alcohol, como la incapacidad de parar de beber una vez que ha iniciado a consumir alcohol, haber dejado de realizar actividades que debería de haber hecho la persona por beber y la necesidad de consumir en la mañana siguiente después de haber bebido el día anterior. Por último, la pregunta siete a la diez valoran el consumo dañino o perjudicial, a través de cuestiones como si han existido sentimientos de culpa o remordimientos ante el consumo de alcohol, la imposibilidad de recordar lo que sucedió la noche anterior (día de consumo), si ha presentado lesiones o alguien ha resultado herido como consecuencia de su consumo de alcohol y la preocupación de otras personas por la forma de consumo de la persona entrevistada.

Todos los reactivos cuentan con patrón de respuesta de cero a cuatro, la escala total tiene una puntuación mínima de cero y máxima de 40, donde se indica que a mayor puntuación mayor riesgo de consumo y dependencia de alcohol. Una interpretación más detallada es la siguiente: la puntuación igual a cero en la pregunta uno a tres indica que no consumió alcohol en el último año y si la puntuación es mayor a uno se considera un consumo de riesgo. Una puntuación mayor a cero de las preguntas cuatro a la seis indica la presencia o inicio de dependencia de alcohol. La puntuación mayor a cero en los reactivos del siete al 10, indica la experimentación de daños relacionados con el alcohol. Para fines de estadísticos las puntuaciones se convirtieron en sumatorias para tomar valores de 0 a 40.

Procedimiento de recolección de datos

Antes de la recolección de los datos, se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se obtuvo la autorización de la Dirección General de Centro Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León, dado que el estudio se realizó en personas que acudieron a consulta en las Clínicas Universitarias de Salud.

Una vez que se obtuvieron las autorizaciones correspondientes, se procedió a realizar la búsqueda de participantes del estudio, cabe mencionar que para realizar la búsqueda de los participantes se contó con un equipo de dos auxiliares de investigación previamente capacitados, para el abordaje e invitación de sujetos se realizó invitaciones directas a personas (pacientes o acompañantes) que acudieron a las Clínicas Universitarias de la UANL, se abordaron a los participantes cuando se encontraban en sala de espera o al salir de consulta siempre y cuando su estado de salud lo permitiera, de tal forma que se realizó una breve presentación y explicación de la investigación y se procedió a verificar si cumplían con los criterios de inclusión a través de una pregunta filtro (¿Vive con un familiar que consuma más de cinco cervezas bebidas alcohólicas?).

Una vez corroborado que los participantes cumplieron con los criterios de inclusión se les dio una explicación clara y sencilla del estudio, se procedió a realizar la invitación a participar. Una vez que la persona aceptó la invitación se les pidió que pasaran a un consultorio médico para garantizar la privacidad del participante (previamente solicitado por el investigador principal), se explicó la dinámica y el tiempo requerido del llenado de los instrumentos y se le enfatizó que solamente el investigador principal tendría acceso a la información que fue recolectada y que el personal de la Clínica Universitaria o alguno de sus familiares no podrían conocer las respuestas dadas en los instrumentos de medición con el fin de guardar su anonimato. Asimismo, se le explicó que su familiar (consumidor) también sería invitado a participar en el estudio, por lo que se le solicitó el domicilio, el nombre del familiar y horarios sugeridos para realizar entrevista, esta información fue recolectada en una ficha de registro foliada. Es importante mencionar que una vez localizado el familiar se procedió a destruir la ficha registro garantizando el anonimato de los participantes.

Posteriormente, se procedió a iniciar la entrevista, se leyó el consentimiento informado (Apéndice K), el cual fue firmado como señal de aceptación para participar en el estudio, posteriormente se les entregó un sobre con los instrumentos para ser

respondidos (CDP-Familiar, Cuestionario de Impacto del Consumo en la Familia, Cuestionario de Esperanza- Desesperanza, Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar, Cuestionario de Afrontamiento, Cuestionario de Apoyo Social y Escala de Síntomas –SRT). El entrevistador estuvo a una distancia prudente para resolver cualquier duda que surgiera en relación al llenado de los instrumentos, cuidando siempre la privacidad del participante. La entrevista fue realizada dentro de un área libre a interrupciones designada por el personal de la Clínica Universitaria, una vez finalizado el llenado de los instrumentos se le solicitó que fueran depositados nuevamente en el sobre y entregados al investigador.

Al finalizar se le agradeció su participación y se le informó que estarán resguardados en un lugar seguro por trascurso de 12 meses y posterior a ese tiempo serán destruidos. Este procedimiento se realizó hasta completar la muestra del estudio. Cabe de señalar que los participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión o aquellos que no desearon participar se le agradeció su tiempo y participación. Asimismo, se especificó que quién no deseara participar en el estudio, se encontraba libre de retirarse o negarse si así lo deseaban.

Posteriormente, se continuó con la recolección de datos del familiar consumidor de alcohol, cabe mencionar que estos participantes fueron localizados por referencias de la ficha de registro foliada proporcionada por los participantes de la Clínica Universitaria. El domicilio de los participantes fue localizado por un auxiliar de investigación que no haya tenido contacto con el familiar anteriormente entrevistado, de tal manera que se garantizó la confidencialidad y confianza de los participantes.

Una vez que fue localizado el domicilio y al participante se le dio una explicación clara y sencilla del estudio y se procedió a realizar la invitación a participar. Una vez que la persona aceptó la invitación se explicó la dinámica del llenado de los instrumentos y el tiempo requerido para su llenado y se le enfatizó que solamente el investigador principal es quién tenga acceso a la información que fue recolectada y que sus familiares

no podrán conocer las respuestas dadas en los instrumentos de medición con el fin de guardar su anonimato.

Posteriormente, se procedió a iniciar la entrevista en su domicilio, se leyó el consentimiento informado (Apéndice L), el cual fue firmado como señal de aceptación para participar en el estudio, posteriormente se le entregó un sobre con los instrumentos para ser respondidos (CDP-Consumidor, Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar, Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol -AUDIT). El entrevistador estuvo en una distancia prudente para resolver cualquier duda que surgiera en relación al llenado de los instrumentos, se cuidó siempre la privacidad del participante, en caso de que un familiar se encontrara en el domicilio se le dio una explicación breve del objetivo.

Asimismo, se especificó quién no deseara participar en el estudio, se encontraba con la libertad de retirarse o negarse si así lo deseaba. Terminado de responder los instrumentos se les recordó que nadie tendrá acceso a la información recolectada y se le solicitó que los colocaran dentro del sobre y fuera entregado al auxiliar o investigador, finalmente se le agradeció su participación dentro del estudio. Asimismo, se les informó que estos documentos estarán resguardados en un lugar seguro por un transcurso de 12 meses y posterior a ese tiempo serán destruidos. Este procedimiento se realizó hasta cumplir la muestra del estudio.

Cabe señalar, se acudió hasta cuatro veces al domicilio del participante con la finalidad de obtener la aprobación del participante, es importante mencionar que antes de recolectar los datos se cuestionó si había consumido alguna bebida alcohólica antes de iniciar la entrevista, en caso de una respuesta positiva se acudió en otra ocasión en común acuerdo con el entrevistado.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) y en la última reforma

publicada [DOF 02-04-2014]. Con relación al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, en donde se estipula que en toda investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, se deberá prevalecer el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar. Por tal motivo, se respetó la decisión a participar o no en la investigación, así mismo, se trató con amabilidad y respeto al participante del estudio.

De acuerdo al Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VI, VII y VIII, se contó por escrito con el consentimiento informado del participante para obtener su autorización para participar en el presente estudio. Se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León así como del directivo general y responsables médicos de cada Clínica Universitaria de Salud en donde se realizó la investigación. Asimismo, la investigación fue realizada por profesionales de salud con conocimiento y experiencia en el cuidado de la integridad del ser humano así como conocimientos en el área de investigación. Cabe señalar que la investigación fue suspendida por el investigador o auxiliares cuando el participante lo solicitó o decidió no continuar con el estudio (Fracción IX).

En relación con el Capítulo I, Artículo 16, que respalda la protección de la privacidad del participante, los datos obtenidos del participante fueron tratados de manera anónima y confidencial debido a que no se identificó los nombres de los participantes en los instrumentos de medición y que la información recolectada no se daría a conocer a ningún integrante de la familia, sólo la conocerá el investigador principal del estudio.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, la presente investigación estudio fue considerada de riesgo mínimo debido a que se utilizaron pruebas psicológicas que no manipulan la conducta del sujeto, sin embargo, el contenido de los cuestionarios pudo provocar susceptibilidad o incomodidad en los participantes. En este sentido, el participante suspendió su participación durante la recolección de los datos y poder

continuar si ellos así lo deseaban, sin embargo, en la realización del presente estudio no se presentó alguna problemática en los participantes.

Respecto al Artículo 20, se entiende por consentimiento informado a aquel acuerdo escrito en donde el participante autoriza su colaboración dentro del estudio con pleno conocimiento del contenido de su intervención y libertad de elección. El consentimiento informado fue fundamentado bajo el Artículo 21, en sus Fracciones I, II debido a que se dio a conocer la justificación del estudio, los objetivos del mismo y el procedimiento que se utilizó para el llenado de los diferentes instrumentos de medición; en sus Fracciones III y IV se explicó los posibles riesgos mínimos, así como los beneficios que se producirán ante su participación en el estudio; conforme a la Fracción VI, el participante recibió una explicación ante cualquier duda relacionada con su participación en el estudio. Acorde a la Fracción VII, se dio la libertad de retirar su consentimiento de participación sin tener alguna repercusión en los servicios de salud que reciben en el Clínica Universitaria de Salud al cual pertenece. En cuanto a la Fracción VIII, se protegió la información del participante dado a que los datos obtenidos fueron anónimos, es decir, no fueron identificados por su nombre y la información recolectada sólo la conoce el investigador principal, por último, en la Fracción XI los gastos de la realización del presente estudio fueron realizados por el investigador principal y se destacó que no tenía algún costo para los participantes ni que recibirían un pago económico por su participación en el estudio.

Acorde al Artículo 22, el consentimiento informado se formuló por escrito y reunió los siguientes requisitos. Según la Fracción I y II, el consentimiento informado fue formulado por el investigador principal y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. Se indicó el nombre, firma y relación de dos testigos (Fracción III y IV). Por último, se entregó un duplicado del consentimiento informado al participante del estudio con la finalidad de responder cualquier duda o pedir información a los números telefónicos referidos en el documento.

De acuerdo al Capítulo II, el Artículo 29, el investigador principal obtuvo la aprobación de las autoridades de la institución de salud comunitaria así como la autorización de participación a través del consentimiento informado. Conforme al Artículo 30, la participación fue voluntaria y se tuvo la libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio.

Análisis de datos

Para la captura y el análisis de la información del presente estudio se generó una base de datos en el paquete estadístico para las ciencias sociales IBM SPSS® versión 22 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Se determinó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach.

Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para conocer la normalidad en la distribución de los datos del estudio, lo cual determinó la utilización de la estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de investigación.

Para dar respuesta al objetivo general del estudio se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple que permitió conocer el efecto y la relación que existe entre el consumo de alcohol en miembros de la familia, estresores por consumo de alcohol en la familia, el funcionamiento de la familia, la esperanza, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre la presencia de tensión por consumo de alcohol en la familia.

Para dar respuesta a los tres primeros objetivos específicos y a las primeras tres hipótesis del estudio se utilizaron los Coeficientes de Correlación Spearman. Asimismo, para dar respuesta a los objetivos cuatro y cinco, así como a la cuarta y quinta hipótesis se utilizaron los Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Capítulo III

Resultados

En este apartado se describe los resultados estadístico del estudio. En primer lugar se presenta la confiabilidad de los instrumentos, después se muestra la estadística descriptiva de las variables del estudio, además de la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Confiabilidad de los instrumentos de medición

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos de medición

<i>Instrumento</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Cuestionario de Impacto del Miembro de la Familia	10	.86
Cuestionario de Esperanza-Desesperanza	10	.69
Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familia	40	.70
Escala para el familiar	20	.74
Escala para el consumidor	20	.72
Cuestionario de Afrontamiento	30	.67
Cuestionario de Apoyo Social	19	.80
Escala de Síntomas	30	.82
Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT]	10	.77

Nota: $n=161$

La confiabilidad de los instrumentos de medición utilizados se realizó a través de los Alpha de Cronbach. La tabla 1 muestra que el Cuestionario de Impacto del Miembro de la Familia, la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (Familiar y consumidor), el Cuestionario de Apoyo Social, la Escala de Síntomas y el AUDIT

obtuvieron una confiabilidad aceptable (Burns & Grove, 2015). Sin embargo, el Cuestionario de Afrontamiento y el Cuestionario de Esperanza-Desesperanza obtuvieron coeficientes de confiabilidad menores a .70.

Estadística descriptiva

Tabla 2

Variables categóricas sociodemográficas del familiar

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
Sexo			
Masculino		14	8.7
Femenino		147	91.3
Edad			
18-33		58	36.0
34-49		58	36.0
50-65		30	18.7
66-81		15	9.3
Estado civil			
Soltero		26	16.1
Unión Libre		29	18.0
Casado		89	55.3
Divorciado		17	10.6
Trabajo			
No		90	55.9
Si		71	44.1
Trabajo			
No			
Ama de casa		78	86.7
Estudiante		7	7.8
Jubilado		5	5.5
Si			
Comerciante		2	2.8
Empleado		44	62.0
Maestra		8	11.3
Negocio propio		6	8.5
Obrero		7	9.9
Secretaria		4	5.5
Relación con el consumidor			
Padre		17	10.6
Madre		3	1.9
Hermano		13	8.0
Hijo		15	9.3
Novio(a)/Esposo(a)		113	70.2

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de los familiares de los consumidores, se encontró que el 91.3% de los participantes son del sexo femenino, el 72% tienen entre 18 y 49 años. El 55.3% son casados, 55.9% reportó que no trabaja actualmente. Por último, el 70.2% mencionó que su novio(a)/esposo(a) es quién tiene problemas de consumo de alcohol, seguido del padre (10.6%), Hijo (9.3%), hermano (8%) y madre (1.9%).

Tabla 3

Percepción del familiar sobre la conducta del consumidor

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
Bebida que consume			
Cerveza		119	73.8
Vino		3	1.8
Tequila		19	11.8
Vodka		15	9.4
Pulque		1	0.7
Bebidas preparadas		1	0.7
Otra		3	1.8
Cantidad de bebidas			
10-14		75	46.6
15-19		83	51.6
20-24		3	1.8
Frecuencia de consumo			
Una vez por semana		20	12.4
Dos veces por semana		91	56.5
De tres a seis veces por semana		37	23.0
Todos los días		13	8.1
Lugar donde consume			
En casa		101	62.7
En una cantina		28	17.4
En el trabajo		3	1.9
En casa de sus amigos		29	18.0
Ultima vez que se embriago (consumidor)			
Hace una semana o menos		129	80.0
Hace más de una semana		26	16.3
Hace un mes		6	3.7

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

Tabla 3

Percepción del familiar sobre la conducta del consumidor (Continuación...)

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
Accidentes			
Si		123	76.4
No		38	23.6
Tipo de accidente			
Accidente automovilístico (Choques)		33	26.7
Asalto		31	25.2
Caídas		30	24.4
Atropello		14	11.4
Congestión alcohólica		5	4.1
Robo		4	3.3
Alterar vía publica		6	4.9

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 3 se muestra la percepción que tiene el familiar de la conducta de consumo de alcohol, el 73.8% mencionó que su familiar consume cerveza y el 11.8% tequila; el 51.6% mencionó que consumen entre 15-19 bebidas por ocasión, el 56.5% refieren que su familiar consume dos veces por semanas siendo su hogar en donde mayormente consumen (62.7%). El 80% mencionó que su familiar se embriagó hace una semana (a la aplicación de la entrevista) y el 76.4% de sus familiares consumidores han tenido accidentes (26.7% accidentes automovilísticos y 25.2% han sido asaltados).

Tabla 4

Variables categóricas sociodemográficas del consumidor de alcohol

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
Sexo			
Masculino		151	93.8
Femenino		10	6.2
Edad			
14-27		34	21.1
28-43		41	25.5
44-59		53	32.9
60-84		33	20.5
Trabajo			
No		21	13
Si		140	87
Estado civil			
Soltero		19	11.8
Unión Libre		35	21.7
Casado		101	62.7
Divorciado		3	1.9
Viudo		3	1.9
Trabajo			
No			
Ama de casa		1	4.8
Estudiante		7	33.3
Jubilado		13	61.9
Si			
Albañil		5	3.6
Comerciante		1	0.7
Empleado		63	45.0
Jubilado		1	0.7
Maestro		3	2.1
Negocio propio		8	5.7
Obrero		59	42.1

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 4 se muestran los datos sociodemográficos de los consumidores de alcohol, se encontró que el 93.8% de los participantes fueron del sexo masculino, el 46.6% tienen entre 14 a 43 años. El 62.7% son casados, el 21.7% viven en unión libre con su pareja. El 87% de los participantes reportó que trabaja actualmente (45% empleados y 42.1% obreros).

Tabla 5

Conducta de consumo de alcohol del familiar consumidor

Variable	n=161	f	%
Edad de inicio de consumo			
10-14		75	46.5
15-19		83	51.6
20-24		3	1.9
Bebida que consume			
Cerveza		119	73.9
Vino		3	1.9
Tequila		20	12.4
Vodka		14	8.7
Pulque		1	0.6
Bebidas preparadas		1	0.6
Otra		3	1.9
Cantidad de bebidas			
10-14		76	47.2
15-19		69	42.9
20-24		16	9.9
Frecuencia de consumo			
Una vez por semana		43	26.7
Dos veces por semana		64	39.8
De tres a seis veces por semana		35	21.7
Todos los días		19	11.8
Lugar donde consume			
En casa		127	78.9
En una cantina		7	4.4
En el trabajo		2	1.2
En casa de sus amigos		11	6.8
En casa de algún familiar		14	8.7
Accidentes			
Si		122	75.8
No		39	24.2
Tipo de accidente			
Accidente automovilístico (Choques)		35	28.7
Asalto		38	31.2
Caídas		33	27.0
Atropello		8	6.6
Congestión alcohólica		1	0.8
Han robado Robo		2	1.6
Alterar vía publica		5	4.1

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 5 se muestran la conducta de consumo del participante (Consumidor de alcohol), el 51.6% mencionó que inició a consumir alcohol entre los 15 y 19 años, el

73.9% mencionó que consume cerveza y el 12.4% tequila. El 47.2% consumen entre 10-14 bebidas por ocasión, con una frecuencia de consumo de dos veces por semanas (39.8%) siendo su hogar en donde mayormente consumen (78.9%) y el 75.8% mencionó que ha tenido accidentes (31.3% han sido asaltados y 28.7% accidentes automovilísticos).

Tabla 6

Frecuencias y proporciones de estresores en el familiar

Cuestionario de Impacto del miembro de la familia						n=161			
Durante los últimos tres meses	Nunca		Una o dos veces		Algunas veces		Frecuente mente		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
1.¿Tu familiar ha tenido estados de ánimo muy cambiantes?	3	1.9	41	25.4	74	46.0	43	26.7	
2.¿Personas fuera de la familia han tenido que involucrarse?	2	1.2	46	28.6	50	31.1	63	39.1	
3.¿Tu familiar llega y se va en horas irregulares o poco comunes?	3	1.9	47	29.2	73	45.3	38	23.6	
4.¿El uso de alcohol de su familiar ha interferido su vida social?	4	2.5	65	40.4	33	20.5	59	36.6	
5.¿Tu familiar ha perturbado situaciones de convivencia familiar?	1	0.6	69	42.9	47	29.2	44	27.3	
6.¿Tu familiar ha fracasado en unirse a actividades familiares?	0	0	64	39.7	51	31.7	46	28.6	
7.¿Tu familiar ha llegado tarde o ha sido impuntual?	1	0.6	63	39.2	59	36.6	38	23.6	
8.¿Te preocupa que la capacidad de tu familiar para trabajar o estudiar haya sido afectada por la bebida?	1	0.6	71	44.1	48	29.8	41	25.5	
9.¿Te preocupa que la salud física de tu familiar haya sido afectada por la bebida?	1	0.6	59	36.6	59	36.6	42	26.2	
10. ¿Te preocupa que el estado mental de tu familiar haya sido afectado por la bebida?	2	1.2	65	40.4	50	31.1	44	27.3	

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 6 se muestran las frecuencias y porcentajes de los estresores por consumo de alcohol en la familia de acuerdo con los indicadores del cuestionario de impacto del miento de la familia, se destaca que los indicadores de estresores más frecuentes en el familiar provocado por convivir con un consumidor de alcohol fueron; cuando personas fuera de la familia se involucran (39.1%), cuando el alcohol ha interferido en su vida social (36.6%), cuando el familiar fracasa en unirse en actividades familiares (28.6%), cuando se ha perturbado situaciones de convivencia familiar (27.3%), preocupación por la salud mental del familiar (27.3%).

Tabla 7

Frecuencias y proporciones de indicadores de estilos de afrontamiento-Retirada

<i>Cuestionario de afrontamiento</i>	<i>n=161</i>							
Durante los últimos tres meses	Nunca		Una o dos veces		A veces		A menudo	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
2.¿Usted pone los intereses de otros miembros de la familia antes que los de su familiar?	56	34.7	46	28.6	37	23.0	22	13.7
8.Cuando él estaba bajo la influencia de la bebida, ¿Usted lo dejaba solo para cuidarse o mantenerse fuera de su contacto?	55	34.1	49	29.2	23	14.3	36	22.4
12.¿Persiguió sus propios intereses o buscó nuevos intereses u ocupaciones para usted?	2	1.2	39	24.2	48	29.8	72	44.8
15.¿Lo evitó tanto como fue posible debido a su bebida?	17	10.6	38	23.6	43	26.7	63	39.1
18.¿Has seguido con tus propias cosas o has actuado como si él no estuviera allí?	7	4.3	40	24.8	47	29.2	67	41.7
29.¿A veces te pones primero a ti, cuidándote o consintiéndote?	10	6.2	65	40.4	59	36.6	27	16.8

Nota *f*= Frecuencia, *%*= Porcentaje

En la tabla 7 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del estilo de afrontamiento de retirada de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los tres indicadores más prevalentes fueron; persiguen sus propios

intereses (44.8%), actúan como si el familiar no estuviera a su alrededor (41.7%) y evitan el contacto con su familiar al estar consumiendo alcohol (39.1%).

Tabla 8

Frecuencias y proporciones de indicadores de estilos de afrontamiento-Tolerante

Cuestionario de afrontamiento		n=161							
Durante los últimos tres meses	Nunca		Una o dos veces		A veces		A menudo		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
3.¿Usted le ayudo a él, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiando el desorden después de que él había estado bebiendo?	15	9.3	46	28.6	50	31.1	50	31.0	
4.¿Usted le dio dinero incluso cuando pensó que lo gastaría en bebida?	40	24.8	50	31.1	43	26.7	28	17.4	
10.¿Usted se sintió demasiado asustada para hacer algo?	48	29.8	49	30.4	33	20.5	31	19.3	
14.¿Se sintió demasiado desesperada para hacer algo?	7	4.3	42	26.1	42	26.1	70	43.5	
20.¿Haces amenazas que realmente no querías realizar?	4	2.5	31	19.2	43	26.7	83	51.6	
23.¿Has llegado a un estado en el que no tomaste o no pudiste tomar una decisión?	7	4.3	61	37.9	57	35.4	36	22.4	
24.¿Aceptaste la situación como una parte de tu vida que no se puede cambiar?	14	8.7	43	26.7	49	30.4	55	34.2	
27.¿Cuándo sucedieron cosas como resultado de su consumo de alcohol, das excusas por él, lo encubres o te culpas?	4	2.5	47	29.2	59	36.0	52	32.3	
30.¿Intentas mantener las cosas como normales, fingiendo que todo estaba bien cuando no estaba o escondiendo el alcance de su bebida?	9	5.6	62	38.5	47	29.2	43	26.7	

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 8 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del estilo de afrontamiento de tolerante de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los cuatro indicadores más prevalentes fueron; hace amenazas que no

quería realizar (51.6%), se siente desesperado para realizar algo (43.5%), acepta las situaciones (34.2%) y da excusas, lo encubre o se culpa (32.3%).

Tabla 9

Frecuencias y proporciones de indicadores de estilos de afrontamiento-Comprometido
Cuestionario de afrontamiento *n=161*

Durante los últimos tres meses	Nunca		Una o dos veces		A veces		A menudo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.¿Rehusó prestarle dinero o ayudarlo financieramente?	13	8.1	59	36.6	37	23.0	52	32.3
5.¿Habló acerca de lo que se podía hacer con su forma de beber.	3	1.8	46	28.6	38	23.6	74	46.0
6.¿Comenzó una discusión con él sobre su conducta de consumo?	7	4.3	30	18.7	44	27.3	80	49.7
7.¿Usted le reprochó su conducta de consumo de alcohol?	49	30.4	43	26.7	31	19.3	38	23.6
9.¿Le dejó claro que su bebida le estaba molestando y tenía que cambiar?	35	21.7	50	31.1	24	14.9	52	32.3
11.¿Intentó limitar su consumo de alcohol haciendo alguna regla?	9	5.6	29	18.0	45	28.0	78	48.4
13.¿Lo animó a hacer un juramento o prometer que no bebería?	13	8.1	40	24.8	45	28.0	63	39.1
16.¿Tienes mal humor o emociones negativas hacia él?	8	5.0	36	22.3	45	28.0	72	44.7
17.¿Vio todos sus movimientos o lo vigiló de cerca?	11	6.8	43	26.7	39	24.3	68	42.2
19.¿Dejó en claro que no aceptará sus razones para beber o lo encubrirá?	14	8.7	30	18.6	36	22.4	81	50.3
21.¿Le dejó claro sus expectativas sobre lo que debería hacer para contribuir con la familia?	4	2.5	38	23.6	51	31.7	68	42.2
25.¿Lo acusó de no amarte o de defraudarte?	16	9.9	51	31.7	47	29.2	47	29.2
26.¿Se sentó con él para ayudarlo a resolver alguna situación financiera?	20	12.4	41	25.5	43	26.7	57	35.4
28.¿Buscas su bebida y la escondes o la tiras?	0	0	53	32.9	62	38.5	46	28.6

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 9 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del estilo de afrontamiento de retirada de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los siete indicadores más prevalentes fueron; comenzó una discusión sobre su conducta de alcohol (49.7%), intentó limitar el consumo de alcohol (48.4%), se habló acerca sobre su forma de beber (46%), tiene emociones negativas hacia el familiar (44.7%), vigiló de cerca a su familiar (42.2%) y le dejó claro sus expectativas sobre lo que debía hacer para contribuir con la familia (42.2%).

Tabla 10

Frecuencias y proporciones de los indicadores de apoyo social formal

<i>Cuestionario de apoyo social</i>	<i>n=161</i>							
	Nunca		Una o dos veces		Algunas veces		Frecuentemente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Profesionales del área de la salud me han dado información útil acerca del consumo de alcohol	45	28.0	61	37.8	42	26.1	13	8.1
10. Profesionales del área de la salud han estado a disposición para mi	35	21.7	42	26.1	64	39.8	20	12.4
13. He aprendido sobre las personas que viven con un consumidor problemático de alcohol con la información de libros/folletos	44	27.3	56	34.8	49	30.4	12	7.5
19. He confiado mi situación a mi profesional de la salud	40	24.8	54	33.6	46	28.6	21	13.0

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 10 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del apoyo social formal de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los dos indicadores más prevalentes fueron; han confiado en el profesional de salud (13%) y el profesional de salud ha estado a su disposición (12.4%).

Tabla 11

Frecuencias y proporciones de los indicadores de apoyo social negativo

<i>Cuestionario de apoyo social</i>		<i>n=161</i>							
		Nunca		Una o dos veces		Algunas veces		Frecuente	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4.Mis familiares se han apartado de mi cuando he necesitado ayuda práctica (apoyo o asistencia)		44	27.3	28	17.4	71	44.1	18	11.2
5.Mis familiares han sido demasiado críticos con él/ella		20	12.4	34	21.1	88	54.7	19	11.8
7.Mis familiares me han dicho que él/ella debería irse de la casa		32	19.9	39	24.2	68	42.2	22	13.7
8.Mis familiares han dicho cosas de él/ella con las que NO estoy de acuerdo		30	18.6	50	31.1	56	34.8	25	15.5
9.Mis familiares me han evitado debido al consumo de alcohol de él/ella		27	16.8	46	28.5	65	40.4	23	14.3
11.Mis familiares me han culpado por la conducta de él/ella		25	15.5	48	29.8	65	40.4	23	14.3
12.Mis familiares me han dicho que él/ella NO merece ayuda		40	24.8	39	24.2	64	39.8	18	11.2
14.Mis familiares me han aconsejado dejarlo(a)		37	23.0	34	21.1	74	46.0	16	9.9
18.Mis familiares han dicho cosas horribles de él/ella		35	21.7	38	23.6	56	34.8	32	19.9
Nota <i>f</i> = Frecuencia, %= Porcentaje									

En la tabla 11 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del apoyo social negativo de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los cinco indicadores más prevalentes fueron; su familia ha insultado al consumidor (19.9%), ha estado en desacuerdo con lo que le dicen de su familiar consumidor (15.5%), sus familiares lo han evitado o lo han culpado de la conducta adictiva (14.3%) y su familia ha comentado que no merece permanecer en el hogar (13.7%).

Tabla 12

Frecuencias y proporciones de los indicadores de apoyo social funcional

<i>Cuestionario de apoyo social</i>		<i>n=161</i>							
		Nunca		Una o dos veces		Algunas veces		Frecuente	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. Mis amigos me han escuchado cuando hablo de mis sentimientos.		40	24.8	32	19.9	53	32.9	36	22.4
3. Mis familiares han respaldado las decisiones que he tomado en relación al consumo de alcohol de él/ella		63	39.2	19	11.8	53	32.9	26	16.1
6. Mis familiares me han dado espacio para hablar de mis problemas		33	20.5	31	19.2	74	46.0	23	14.3
15. Mis familiares han estado ahí para mí		32	19.9	23	14.3	87	54.0	19	11.8
16. Mis familiares han apoyado la forma en que enfrentó el problema		23	14.3	32	19.9	81	50.3	25	15.5
17. Mis familiares me han hablado de él/ella y han escuchado lo que tengo que decir		33	20.5	33	20.5	81	50.3	14	8.7

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 12 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del apoyo social funcional de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los tres indicadores más prevalentes fueron; han sido escuchados por sus amigos (22.4%), han tenido el respaldo de sus familiares (16.1%), han tenido el apoyo de sus familiares conforme a la manera en que enfrenta el problema (15.5%).

Tabla 13

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Esperanza-Desperanza

Cuestionario de Esperanza-Desperanza											
n=161											
	Total mente de acuerdo		De acuerdo		No lo se		En desa cuerdo		Totalmen te en desa cuerdo		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1. Ahora estoy empezando a ver un nuevo futuro	8	4.9	39	24.2	36	22.4	50	31.1	28	17.4	
2. Tengo miedo acerca de cómo mejorará mi familiar	32	19.9	48	29.8	28	17.4	33	20.5	20	12.4	
3. Mi familiar no se está tomando las cosas suficientemente en serio	51	31.7	40	24.8	30	18.6	23	14.3	17	10.6	
4. Soy pesimista acerca del futuro inmediato	47	29.2	36	22.4	39	24.2	25	15.5	14	8.7	
5. Creo que de esto saldrá algo realmente bueno para mi familiar	30	18.6	33	20.5	37	23.0	31	19.3	30	18.6	
6. Nunca va a haber un cambio, mi familiar esta atorado	42	26.0	31	19.3	37	23.0	45	28.0	6	3.7	
7. Me preocupa que mi familiar vaya a seguir bebiendo hasta el final	38	23.6	48	29.8	38	23.6	22	13.7	15	9.3	
8. Las cosas están empezando a mejorar	10	6.2	17	10.6	28	17.4	48	29.8	58	36.0	
9. Estoy empezando a recuperar a la persona que yo conocía	1	0.6	23	14.3	31	19.3	59	36.6	47	29.2	
10. Ahora me siento más positivo acerca de las cosas	6	3.7	23	14.3	20	12.4	45	28.0	67	41.6	

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 13 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores del esperanza de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que

los cinco indicadores más prevalentes fueron; su familiar (consumidor) no toma las cosas seriamente (31.7%), es pesimista acerca de su futuro (29.2%), percibe que no habrá cambios positivos en su familiar (26%), preocupación hacia la conducta de consumo de su familiar (23.6%) y miedo por la mejoría del familiar (19.9%).

Tabla 14

Porcentaje de nivel de funcionalidad familiar (Familiar y consumidor)

Nivel de funcionalidad	Familiar <i>n</i> =161		Consumidor <i>n</i> =161		General <i>n</i> =322	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nivel alto	3	1.9	24	14.9	3	1.9
Nivel medio	120	74.5	121	75.2	147	91.3
Nivel bajo	38	23.6	16	9.9	11	6.8

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 14 se muestran los porcentajes de la percepción de la funcionalidad familiar que tienen los participantes del estudio (Familiar, consumidor y ambos). Al entrevistar a los familiares se destaca que el consumidor de alcohol y su familiar perciben que su familia tienen un nivel medio de funcionalidad familiar (75.2 y 74.5% respectivamente).

Tabla 15

Frecuencias y proporciones de la Escala de síntomas- Síntomas físicos

<i>Escala Síntomas</i>	<i>n=161</i>					
Durante los últimos tres meses	Nunca		A veces		A menudo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.Sensación de mareo	8	5.0	67	42.8	84	52.2
2.Sensación de cansancio o falta de energía	13	8.0	79	49.1	69	42.9
4.Sensación de presión en la cabeza	12	7.5	60	37.2	89	55.3
6.Falta de apetito	4	2.5	63	39.1	94	58.4
7.Los latidos de su corazón son rápidos o fuertes sin que haya alguna razón	5	3.1	21	13.0	135	83.9
11.Dolor en el pecho, dificultad para respirar o sensación de no tener suficiente aire	11	6.8	45	28.0	105	65.2
14.Dolores musculares	18	11.2	40	24.8	103	64.0
16.Temblor o estremecimiento	15	9.3	33	20.5	113	70.2
21.Sentía partes de su cuerpo con entumecimiento u hormigueo	3	1.9	45	27.9	113	70.2
22.Irritable	3	1.9	24	14.9	134	83.2
27.Sentía partes de su cuerpo débiles	2	1.2	37	23.0	122	75.8
29.Le toma mucho tiempo dormirse, tiene sueño no reparador o pesadillas	3	1.9	38	23.6	120	74.5
30.Despertar temprano y no poder volver a dormirse	3	1.9	50	31.0	108	67.1

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 15 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores de tensión- síntomas físicos de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los seis indicadores más prevalentes fueron; taquicardia (83.9%), irritabilidad (83.2%), debilidad (75.8%), problemas para dormir (74.5%), temblor y entumecimiento en el cuerpo (70.2%).

Tabla 16

Frecuencias y proporciones de la Escala de síntomas- Síntomas psicológicos

<i>Escala Síntomas</i>	<i>n=161</i>					
Durante los últimos tres meses	Nunca		A veces		A menudo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3.Sentirse nervioso(a)	19	11.8	46	28.6	96	59.6
5.Sentirse asustado(a)	14	8.7	62	38.5	85	52.8
8.Sintiendo que no había esperanza	14	8.7	29	18.0	118	73.3
9.Inquieto(a) o nervioso(a)	14	8.7	65	40.4	82	50.9
10.Mala memoria	27	16.8	59	36.6	75	46.6
12.Sentirse culpable por haber hecho algo	9	5.6	48	29.8	104	64.6
13.Preocupación	1	0.6	37	23.0	123	76.4
15.Sensación de que la gente lo menosprecia o piensa mal de ti	5	3.1	45	28.0	111	68.9
17.Dificultad para pensar con claridad o dificultad para tomar una decisión	5	3.1	38	23.6	118	73.3
18.Sentirse indigno(a) o como un fracaso	4	2.5	54	33.5	103	64.0
19.Sentirse tenso(a)	3	1.9	37	23.0	121	75.1
20.Sentirse inferior a otras personas	7	4.4	49	30.4	105	65.2
23.Pensamientos que no puedes sacar de tu mente	8	5.0	61	37.9	92	57.1
24.Perdió interés en la mayoría de las cosas	13	8.1	49	29.2	101	62.7
25.Infeliz o deprimida	7	4.3	27	16.8	127	78.9
26.Ataques de pánico	12	7.5	18	11.2	131	81.3
28.No puede concentrarse	7	4.4	44	27.3	110	68.3

Nota *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 16 se muestra la frecuencia y proporciones de los indicadores de tensión- síntomas psicológicos de los familiares que conviven con un consumidor de alcohol, se destaca que los seis indicadores más prevalentes fueron; ataques de pánico (81.3%), depresión (78.9%), preocupación (76.4%), tensión (75.1%), sin esperanza (73.3%), dificultad para tomar decisiones (73.3%).

Tabla 17

Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT (Consumo de riesgo)

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
1.¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica?			
Nunca		0	0
Una o menos veces al mes		67	41.6
De 2 a 4 veces al mes		51	31.7
De 2 a 3 veces a la semana		34	21.1
4 o más veces a la semana		9	5.6
2.¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?			
1 o 2		15	9.3
3 o 4		44	27.3
5 o 6		45	28.0
7, 8, o 9		22	13.7
10 o más		35	21.7
3.¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?			
Nunca		40	24.8
Menos de una vez al mes		40	24.8
Mensualmente		46	28.6
Semanalmente		30	18.6
A diario o casi a diario		5	3.2

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, f= Frecuencia, %= Porcentaje, n= muestra de consumidores de alcohol

La tabla 17 se presenta las frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT de los consumidores de alcohol, el 41.6% ingiere bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, seguido con un 31.7% consume de dos a cuatro veces al mes. Conforme a la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, un 28% las personas consumen de cinco ó seis bebidas, seguido con un 27.3% consume de 3 a 4 bebidas. La frecuencia de consumo de seis o más bebidas alcohólicas en un día típico, el 28.6% de los participantes lo realiza mensualmente.

Tabla 18

Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT (Consumo dependiente)

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
4.Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?			
Nunca		56	34.8
Menos de una vez al mes		46	28.6
Mensualmente		40	24.8
Semanalmente		13	8.1
A diario o casi a diario		6	3.7
5.Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?			
Nunca		43	26.7
Menos de una vez al mes		58	36.0
Mensualmente		32	19.9.
Semanalmente		22	13.7
A diario o casi a diario		6	3.7
6.Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?			
Nunca		20	12.4
Menos de una vez al mes		49	30.5
Mensualmente		37	23.0
Semanalmente		35	21.7
A diario o casi a diario		20	12.4

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*= muestra de consumidores de alcohol

En la tabla 18 muestra que el 34.8% de los participantes mencionaron que durante el último año nunca les ocurrió que no pudieron parar de beber una vez que habían empezado a consumir, 28.6% respondió que al menos una vez al mes presentó esta situación. El 36% mencionaron que al menos una vez al mes dejaron de hacer algo que deberían hacer por beber y el 30.5% mencionaron que al menos una vez bebieron alcohol la siguiente mañana que consumió en exceso.

Tabla 19

Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT (Consumo perjudicial)

Variable	<i>n</i> =161	<i>f</i>	%
7.Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?			
Nunca		75	46.6
Menos de una vez al mes		41	25.5
Mensualmente		22	13.7
Semanalmente		16	9.9
A diario o casi a diario		7	4.3
8.Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?			
Nunca		83	51.5
Menos de una vez al mes		36	22.4
Mensualmente		19	11.8
Semanalmente		11	6.8
A diario o casi a diario		12	7.5
9.¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)?			
No		38	23.6
Sí, pero no en el curso del último año		55	34.2
Sí, el último año		68	42.2
10.¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?			
No		112	69.6
Sí, pero no en el curso del último año		21	13.0
Sí, el último año		28	17.4

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*= muestra de consumidores de alcohol

La tabla 19 se muestra que el 46.6% de los participantes mencionan que nunca se sintieron culpables o tuvieron remordimiento por haber bebido, aunado a que el 51.6% nunca olvidaron algo que había pasado cuando estuvieron bebiendo. En lo que respecta a si ha sufrido alguna lesión o alguien ha resultado herido a consecuencia del consumo de alcohol el 42.2% mencionó que si en el último año, por último el 17.4% señala que algún familiar, amigo o médico se ha preocupado por la forma en la que consume o le han sugerido que disminuya su forma de beber.

Estadística inferencial

Para determinar si existía normalidad en la distribución de las variables continuas se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors.

Tabla 20

Variables descriptivas continuas del estudio

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Val. Min.	Val. Max.	D ^a	Valor de <i>p</i>
Edad (Familiar)	161	42.22	40.00	16.05	18	79	.139	.001
Tiempo de relación	113	23.01	22.00	17.91	2	65	.120	.001
Años de estudio (Familiar)	161	11.48	12.00	3.13	5	19	.184	.001
Edad (Consumidor)	161	45.08	46.00	17.22	14	81	.126	.001
Años de estudio (Consumidor)	161	11.78	12	2.04	9	16	.254	.001
Edad de inicio de consumo (Consumidor)	161	14.59	15.00	1.82	10	22	.181	.001
Cantidad de bebidas (Consumidor)	161	14.93	15.00	2.92	10	21	.134	.001
Estresores	161	63.18	63.33	18.45	33.33	96.67	.150	.001
Impacto Social Funcional	161	63.63	66.66	20.71	33.33	100	.142	.001
Preocupación	161	62.52	58.33	18.63	33.33	100	.159	.001
Tensión	161	77.87	80.00	11.22	21.67	93.33	.175	.001
Síntomas Físicos	161	80.79	84.61	11.64	23.08	100	.158	.001

Nota: *n*=muestra total, *na*=muestra parcial de consumidores,, \bar{X} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación Estándar, *Val. Min*= Valor Mínimo, *Val. Max.* = Valor Máximo, *a*= Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, *p*= Significancia, *AUDIT*= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Tabla 20

Variables descriptivas continuas del estudio (Continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Val. Min.	Val. Max.	D ^a	Valor de <i>p</i>
Síntomas Psicológicos	161	79.83	82.35	13.06	20.59	100	.164	.001
Estilos de Afrontamiento	161	62.10	63.33	9.60	34.44	90.00	.054	.200
Tolerante	161	60.24	59.25	10.92	29.63	96.30	.091	.002
Comprometido	161	64.93	64.28	12.90	33.33	90.48	.090	.003
De retirada	161	42.70	41.66	10.08	12.50	70.83	.113	.001
Apoyo social	161	48.25	52.63	15.20	12.28	71.93	.154	.001
Positivo Funcional	161	50.27	55.55	19.24	5.56	88.89	.154	.001
Negativo	161	49.64	51.85	16.52	0	85.19	.143	.001
Formal	161	42.08	41.66	18.90	0	83.33	.137	.001
Funcionamiento Familiar (Familiar)	161	43.22	45.00	13.18	10.00	80.00	.075	.027
Coherencia	161	44.28	40.00	16.90	10.00	90.00	.117	.000
Individuación	161	40.99	50.00	19.00	0	83.33	.185	.000
Cambio del sistema	161	42.36	40.00	17.48	0	80.00	.125	.000
Mantenimiento del sistema	161	44.05	42.85	14.31	7.14	78.57	.144	.000
Esperanza	161	37.90	35.00	16.07	7.50	82.50	.100	.000
Consumo de alcohol	161 ^a	15.21	15.00	4.77	5.00	34.00	.125	.000
Consumo de riesgo	161 ^a	5.52	5.00	2.69	1.00	12.00	.111	.000
Consumo dependiente	161 ^a	4.40	5.00	2.05	0	11.00	.124	.000
Consumo dañino	161 ^a	5.29	5.00	2.91	0	14.00	.112	.000
Funcionamiento familiar (Consumidor)	161	54.75	57.50	14.60	20.00	95.00	.097	.001

Nota: *n*=muestra total, *na*=muestra parcial de consumidores,, \bar{X} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación Estándar, *Val. Min*= Valor Mínimo, *Val. Max.* = Valor Máximo, *a*= Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, *p*= Significancia, *AUDIT*= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Tabla 20

Variables descriptivas continuas del estudio (Continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Val. Min.	Val. Max.	D ^a	Valor de <i>p</i>
Coherencia	161	54.09	50.00	18.95	0	100	.113	.000
Individuación	161	51.75	50.00	25.45	0	100	.155	.000
Cambio del sistema	161	55.83	60.00	20.26	20.00	100	.118	.000
Mantenimiento del sistema	161	55.72	57.14	17.38	7.14	92.86	.135	.000

Nota: *n*=muestra total, *na*=muestra parcial de consumidores,, \bar{X} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación Estándar, *Val. Min*= Valor Mínimo, *Val. Max.*= Valor Máximo, *a*= Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, *p*= Significancia, *AUDIT*= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

En la tabla 20 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de las variables continuas, donde se observa que los datos estadísticos obtenidos de las variables de estudio no muestran normalidad, por lo que se decidió utilizar la estadística no paramétrica.

Se dio a conocer que en los participantes (familiares) la media de edad fue de 42.2 años (*DE*=16.05), con una escolaridad de 5.89 años (*DE*=12.00) y un periodo de relación con el consumidor de alcohol de 23.01 años (*DE*=22.00). Conforme al consumidor de alcohol, la media de edad fue de 45.08 años (*DE*=17.22), una escolaridad de 11.78 años (*DE*=2.04). En relación a su conducta de consumo de alcohol, la edad de inicio de consumo fue a los 14 años (\bar{X} =14.59, *DE*=1.82) y consumían una cantidad de 14 bebidas por ocasión (\bar{X} =14.93, *DE*=2.92).

Asimismo, se muestran las medias de los índices de instrumentos utilizados: El índice del Cuestionario de Impacto del Miembro de la Familia (\bar{X} =63.18, *DE*=18.45), la Escala de Síntomas (\bar{X} =77.87, *DE*=11.22), el Cuestionario de Afrontamiento (\bar{X} =62.10, *DE*=9.60), el Cuestionario de Apoyo Social (\bar{X} =48.25, *DE*=15.20), la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar(Familiar) (\bar{X} =43.22, *DE*=13.18), el

Cuestionario de Esperanza-Desesperanza ($\bar{X}=37.90$, $DE=16.07$), el AUDIT ($\bar{X}=38.04$, $DE=11.92$) y la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (Consumidor) ($\bar{X}=54.75$, $DE=14.60$).

Resultados para responder objetivos e hipótesis de estudio.

A continuación, se dio respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio mediante pruebas de estadística inferencial no paramétrica (Correlación de Spearman) y Modelos de Regresión Lineal Simple y Múltiple.

Tabla 21

Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. AUDIT	1										
2. <i>Sensato</i>	.668 (.001)	1									
3. <i>Dependiente</i>	.498 (.001)	.215 (.006)	1								
4. <i>Dañino</i>	.529 (.001)	-.030 (.705)	-.074 (.354)	1							
5. Estresores	.161 (.042)	.142 (.072)	.006 (.942)	.047 (.557)	1						
6. <i>Social funcional</i>	.120 (.129)	.109 (.167)	.010 (.902)	.007 (.956)	.956 (.001)	1					
7. <i>Preocupación</i>	.191 (.015)	.162* (.040)	-.012 (.881)	.117 (.140)	.875* (.001)	.70 ⁵ (.001)	1				
8. Afrontamiento	-.169 (.032)	-.119 (.132)	-.002 (.979)	-.156* (.048)	-.072 (.366)	-.086 (.276)	-.032 (.683)	1			
9. <i>Tolerante</i>	-.087 (.274)	-.096 (.224)	-.018 (.821)	-.058 (.465)	.056 (.484)	.016 (.838)	.124 (.118)	.574 (.001)	1		
10. <i>Comprometido</i>	-.139 (.078)	-.091 (.249)	.036 (.651)	-.152 (.054)	-.082 (.304)	-.083 (.293)	-.067 (.400)	.901 (.001)	.276 (.001)	1	
11. <i>Retirada</i>	-.069 (.383)	-.054 (.499)	-.026 (.744)	-.072 (.362)	-.039 (.626)	-.039 (.626)	-.019 (.810)	.683 (.001)	.286 (.001)	.486 (.001)	1

Nota: n=161, ()=Valor de p, p= Significancia.

Tabla 21

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio (Continuación...)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12. Apoyo social	-.163*	-.002	-.102	-.149	-.286***	-.310***	-.215**	.040	-.041	.099	-.160*
	.039	.975	.198	.060	.001	.001	.006	.613	.603	.210	.042
<i>13. Funcional</i>	-.184**	-.144	-.030	-.098	-.348***	-.359***	-.283***	.047	-.050	.119	-.149
	.019	.069	.704	.216	.001	.001	.001	.557	.526	.134	.059
<i>14. Negativo</i>	-.136	.071	-.121	-.181*	-.234**	-.255***	-.182*	.039	-.013	.046	-.063
	.086	.369	.126	.022	.003	.001	.021	.622	.869	.559	.427
<i>15. Formal</i>	-.137	-.036	-.114	-.100	-.211**	-.250***	-.124	.101	-.014	.183*	-.125
	.084	.654	.152	.208	.007	.001	.116	.204	.857	.020	.115
16. Funcionamiento familiar[#]	-.082	.003	-.080	-.145	.273***	.264***	.227**	.073	-.086	-.032	-.049
	.303	.968	.315	.066	.001	.001	.004	.356	.279	.686	.534
<i>17. Coherencia</i>	.016	.085	-.033	-.044	.188*	.171*	.172*	-.078	-.037	-.052	-.073
	.303	.284	.676	.576	.017	.030	.030	.322	.637	.513	.356
<i>18. Individuación</i>	-.027	.010	-.039	-.065	.318***	.286***	.309***	.014	-.045	.037	.051
	.737	.904	.625	.411	.001	.001	.001	.858	.567	.645	.517
<i>19. Cambio del sistema</i>	-.145	-.062	-.044	-.196*	.195*	.181*	.178*	-.082	-.024	-.062	-.089
	.067	.436	.583	.013	.013	.021	.024	.304	.761	.437	.260
<i>20. Mantenimiento del sistema</i>	-.087	.003	-.159*	-.100	.223**	.233**	.157*	-.090	-.170*	-.036	.005
	.272	.969	.045	.206	.004	.003	.049	.255	.031	.647	.950
21. Funcionamiento familiar^{##}	.040	-.039	-.023	.122	.039	.021	.072	.167*	.146	.091	.136
	.617	.619	.768	.122	.623	.795	.362	.034	.065	.252	.085
<i>22. Coherencia</i>	.030	.089	-.018	-.044	-.035	-.052	.003	.105	.131	.038	.068
	.703	.259	.819	.575	.663	.514	.974	.184	.096	.632	.389

Nota: n=161, ()=Valor de p, p= Significancia, *p<.05, **p<.01, ***p<.001, [#]percepción del familiar, ^{##}percepción del consumidor de alcohol

Tabla 21

Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio (Continuación...)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>23. Individuación</i>	.065 .415	.016 .842	-.028 .721	.082 .302	-.032 .690	-.085 .286	.067 .396	.064 .423	.121 .126	-.004 .965	.093 .242
<i>24. Cambio del sistema</i>	.072 .361	.038 .636	.024 .760	.095 .229	.065 .415	.081 .307	.040 .619	.165* .036	.117 .140	.097 .223	.148 .061
<i>25. Mantenimiento del sistema</i>	-.046 .559	-.142 .073	-.062 .431	.136 .084	.060 .449	.060 .451	.061 .442	.134 .091	.057 .473	.097 .223	.119 .133
26. Esperanza	.086 .280	.089 .262	-.032 .690	.107 .176	.178* .024	.119 .134	.222** .005	-.161* .041	-.048 .549	-.174* .028	.010 .901
27. Tensión	.158* .046	.152 .054	.010 .904	.043 .590	.255** .001	.261** .001	.207** .008	-.204* .010	-.074 .353	-.190* .016	-.043 .589
<i>28. Síntomas físicos</i>	.151 .055	.192* .014	.035 .658	-.045 .569	.276** .001	.288** .001	.213** .007	-.205 .009	-.035 .655	-.193* .014	-.193* .014
<i>29. Síntomas psicológicos</i>	.087 .275	.056 .482	-.039 .621	.100 .209	.171* .030	.166* .035	.159* .044	-.179* .023	-.066 .406	-.171* .030	-.011 .891

Nota: n=161, ()=Valor de p, p= Significancia, *p<.05, **p<.01, ***p<.001, #percepción del familiar, ##percepción del consumidor de alcohol

Tabla 21

Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio (Continuación...)

Variable	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
12. Apoyo social	1										
<i>13. Funcional</i>	.821** .001	1									
<i>14. Negativo</i>	.864** .001	.533** .001	1								
<i>15. Formal</i>	.771** .001	.548** .001	.531** .001	1							
16. Funcionamiento familiar[#]	-.070 .375	-.162* .041	-.053 .505	.106 .179	1						
<i>17. Coherencia</i>	-.074 .348	-.156* .049	-.049 .535	.063 .427	.803** .001	1					
<i>18. Individuación</i>	-.121 .126	-.187* .018	-.075 .344	.051 .520	.690** .001	.463** .001	1				
<i>19. Cambio del sistema</i>	.002 .980	-.032 .685	-.010 .897	.106 .182	.812** .001	.548** .001	.455** .001	1			
<i>20. Mantenimiento del sistema</i>	-.057 .469	-.153 .053	-.048 .542	.091 .252	.818** .001	.535** .001	.487** .001	.529** .001	1		
21. Funcionamiento familiar^{##}	.011 .893	-.027 .736	-.044 .576	.094 .236	-.034 .666	.003 .974	.020 .802	-.016 .841	-.078 .328	1	
<i>22. Coherencia</i>	.222** .005	.172* .029	.170* .031	.203* .010	-.063 .428	-.036 .646	-.031 .697	-.026 .741	-.087 .271	.731*** .001	1

Nota: n=161, ()=Valor de p, p= Significancia, *p<.05, **p<.01, ***p<.001, [#]percepción del familiar, ^{##}percepción del consumidor de alcohol

Tabla 21

Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio (Continuación...)

Variable	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
<i>23. Individuación</i>	.075 .347	.043 .584	.038 .636	.107 .178	-.084 .289	-.027 .729	-.055 .484	-.019 .808	-.131 .097	.706*** .001	.448*** .001
<i>24. Cambio del sistema</i>	-.164* .038	-.227** .004	-.162* .040	-.035 .660	-.009 .914	.051 .518	-.012 .877	.004 .962	-.044 .582	.636*** .001	.294*** .001
<i>25. Mantenimiento del sistema</i>	-.017 .827	-.001 .989	-.085 .282	.050 .532	-.020 .805	-.026 .748	.079 .318	-.033 .678	-.044 .581	.785*** .001	.476*** .001
26. Esperanza	-.082 .303	-.027 .733	-.113 .154	-.057 .474	.080 .312	.122 .123	.128 .106	-.003 .971	.086 .277	.002 .982	.067 .399
27. Tensión	-.239** .002	-.248** .002	-.152 .055	-.238** .002	.038 .631	.005 .953	.065 .413	-.019 .810	.121 .127	-.071 .374	-.104 .188
<i>28. Síntomas físicos</i>	-.163* .039	-.229** .004	.088 .268	-.147 .062	.039 .624	-.024 .760	.003 .974	.037 .644	.115 .145	.024 .767	.050 .533
<i>29. Síntomas psicológicos</i>	-.190* .018	-.130 .100	-.136 .086	-.223** .004	.004 .855	-.001 .987	.070 .381	-.073 .355	.094 .235	-.148 .062	-.191* .015

Nota: n=161, ()=Valor de p, p= Significancia, *p<.05, **p<.01, ***p<.001, #percepción del familiar, ##percepción del consumidor de alcohol

Tabla 21

Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio (Continuación...)

Variable	23	24	25	26	27	28	29
23. Individuación	1						
24. Cambio del sistema	.251*** .001	1					
25. Mantenimiento del sistema	.466*** .001	.314*** .001	1				
26. Esperanza	.191* .015	-.257*** .001	.052 .512	1			
27. Tensión	-.061 .443	-.062 .437	-.003 .973	.277*** .001	1		
28. Síntomas físicos	.004 .986	-.035 .663	.035 .663	.215** .006	.818*** .001	1	
29. Síntomas psicológicos	-.095 .228	-.127 .108	-.030 .706	.275*** .001	.864*** .001	.474*** .001	1

Nota: n=161, ()=Valor de p, p= Significancia, *p<.05, **p<.01, ***p<.001, #percepción del familiar, ##percepción del consumidor de alcohol

En la tabla 21 se muestran los resultados de las correlaciones de las variables del estudio. Se puede observar que el consumo de alcohol se correlaciona positiva y significativamente con la presencia de estresores ($r_s=.161, p=.042$), preocupación por el familiar ($r_s=.191, p=.015$) y negativa y significativa con el afrontamiento del familiar ($r_s=-.169, p=.032$). El consumo de riesgo de los participantes se relaciona positiva y significativamente con la presencia de preocupación por el familiar del consumidor de alcohol ($r_s=.162, p=.040$). El consumo dañino tiene una relación negativa y significativa con el afrontamiento del familiar ($r_s=-.156, p=.048$).

El estilo de afrontamiento se relaciona positiva y significativamente con el estilo de afrontamiento tolerante ($r_s=.574, p=.001$), comprometido ($r_s=-.901, p=.001$) y de retirada ($r_s=-.683, p=.001$). Además, el apoyo social obtuvo una correlación negativa y significativa con el consumo de alcohol ($r_s=-.163, p=.039$), los estresores ($r_s=-.286, p=.001$), la preocupación por el familiar ($r_s=-.310, p=.001$), el impacto social funcional del familiar ($r_s=-.215, p=.006$), el estilo de afrontamiento de retirada ($r_s=-.160, p=.042$) y con la coherencia familiar (consumidor de alcohol) ($r_s=.222, p=.005$).

El apoyo social funcional se relaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol ($r_s=-.184, p=.019$), los estresores ($r_s=-.348, p=.001$), la preocupación por el familiar ($r_s=-.359, p=.001$), el impacto social funcional del familiar ($r_s=-.283, p=.001$). El apoyo social funcional se relaciona negativa y significativamente con el funcionamiento familiar (familiar del consumidor) ($r_s=-.162, p=.041$), coherencia del sistema familiar ($r_s=-.156, p=.049$), Individuación ($r_s=-.187, p=.018$) y positivamente con la coherencia familiar (consumidor de alcohol) ($r_s=-.172, p=.029$). El apoyo negativo se relaciona negativa y significativamente con el consumo dañino ($r_s=-.181, p=.022$), con los estresores ($r_s=-.234, p=.003$), la preocupación por el familiar ($r_s=-.255, p=.001$) y el impacto social funcional del familiar ($r_s=-.182, p=.021$). El apoyo social negativo se relacionó positiva y significativamente con la coherencia familiar (consumidor de alcohol) ($r_s=-.170, p=.031$). El apoyo social formal se relacionó

positiva y significativamente con la coherencia del sistema familiar (consumidor de alcohol) ($r_s = -.203, p = .010$).

El apoyo social formal se relaciona de manera negativa y significativa con los estresores ($r_s = -.211, p = .007$), la preocupación por el familiar ($r_s = -.250, p < .001$) y positiva y significativamente con el estilo de afrontamiento comprometido ($r_s = .183, p = .020$). La esperanza por consumo de alcohol del familiar se relaciona positiva y significativamente con los estresores ($r_s = .178, p = .024$) y el impacto social funcional del familiar ($r_s = .222, p = .005$) y negativamente con el afrontamiento ($r_s = -.161, p = .041$) y el estilo de afrontamiento comprometido ($r_s = -.174, p = .028$).

El funcionamiento familiar (familiar del consumidor) se relaciona positiva y significativamente con los estresores ($r_s = .273, p < .001$), la preocupación por el familiar ($r_s = .264, p = .001$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .227, p = .004$). La coherencia del sistema familiar se relaciona positiva y significativamente con los estresores ($r_s = .188, p = .017$), la preocupación por el familiar ($r_s = .171, p = .030$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .172, p = .030$). Asimismo, la individuación se relaciona positiva y significativamente con los estresores ($r_s = .318, p < .001$), la preocupación por el familiar ($r_s = .286, p < .001$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .309, p = .001$).

El cambio del sistema familiar se relaciona negativa y significativamente con el consumo dañino ($r_s = -.196, p = .013$) y positivamente con los estresores ($r_s = -.195, p = .013$), la preocupación por el familiar ($r_s = .181, p = .021$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .178, p = .024$). El mantenimiento del sistema familiar se relaciona negativa y significativamente con el consumo dependiente ($r_s = -.159, p = .045$) y con el estilo de afrontamiento tolerante ($r_s = -.170, p = .031$) y positivamente con la preocupación por el familiar ($r_s = .233, p = .003$) y el impacto social funcional del familiar ($r_s = -.157, p = .049$).

El funcionamiento familiar (consumidor de alcohol) y el cambio del sistema familiar se relacionan positiva y significativamente con el estilo de afrontamiento del familiar ($r_s = -.167, p = .034$, $r_s = -.165, p = .036$, respectivamente). La individuación se relaciona positiva y significativamente con la esperanza del familiar del consumidor ($r_s = .191, p = .015$). El cambio del sistema se relaciona negativa y significativamente con la esperanza del familiar del consumidor ($r_s = -.257, p < .001$), el apoyo social ($r_s = -.164, p = .038$), el apoyo social funcional ($r_s = -.227, p = .004$), el apoyo social negativo ($r_s = -.162, p = .040$).

La tensión del familiar se relaciona positiva y significativamente con el consumo de alcohol ($r_s = .158, p = .046$), los estresores ($r_s = .255, p = .001$), la preocupación por el familiar ($r_s = .261, p = .001$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .207, p = .008$) y negativamente con el afrontamiento ($r_s = -.204, p = .010$) y el estilo de afrontamiento comprometido ($r_s = -.190, p = .016$) y con la esperanza ($r_s = .277, p < .001$). La tensión del familiar se relaciona negativamente negativa y significativamente con el apoyo social ($r_s = -.239, p = .002$), el apoyo social funcional ($r_s = -.248, p = .002$), el apoyo formal ($r_s = -.238, p = .002$).

Los síntomas físicos del familiar se relacionó positiva y significativamente con el consumo de riesgo ($r_s = .192, p = .014$), los estresores ($r_s = .276, p = .001$), la preocupación por el familiar ($r_s = .288, p < .001$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .213, p = .007$) y negativamente con el afrontamiento ($r_s = -.205, p = .009$), el estilo de afrontamiento comprometido ($r_s = -.193, p = .014$) y de retirada ($r_s = -.193, p = .014$). Los síntomas físicos del familiar se relacionó negativa y significativamente con el apoyo social ($r_s = -.163, p = .039$), el apoyo social funcional ($r_s = -.229, p = .004$).

Los síntomas psicológicos del familiar se relacionó positiva y significativamente con los estresores ($r_s = .171, p = .030$), la preocupación por el familiar ($r_s = .166, p = .035$), el impacto social funcional del familiar ($r_s = .159, p = .044$) y negativamente con el afrontamiento ($r_s = -.179, p = .023$), el estilo de afrontamiento comprometido

($r_s=-.171, p=.030$). Los síntomas psicológicos del familiar se relacionó negativa y significativamente con el apoyo social ($r_s=-.190, p=.018$), el apoyo social formal ($r_s=-.223, p=.004$) y con la coherencia del sistema familiar (consumidor de alcohol) ($r_s=-.191, p=.015$).

Para dar respuesta al primer objetivo que señala: Estimar la influencia del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia sobre los estresores por consumo de alcohol en el familiar del consumidor, se utilizó Modelo de Regresión Lineal, los resultados se muestran en la tabla 22 y 23.

Tabla 22

Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables consumo de alcohol y estresores

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
AUDIT	.199	.122	.129	.103	-.041	.440
$F=2.682, R^2=10\%$						

AUDIT= Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, SE = Error estándar, IC =Intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS =Límite Superior, F = Estadístico F, p = Valor de p , R^2 = Varianza Explicada..

En la tabla 22 muestra que los resultados de la Regresión lineal simple demostró que el consumo de alcohol de un familiar presentaron un efecto positivo no significativo sobre el índice general de los estresores en el familiar ($\beta=.129, SE=.122, p=.103$). Sin embargo, en la tabla 23 se muestra que la dimensión de estresores de preocupación tiene un efecto del consumo de alcohol (AUDIT).

Tabla 23

Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables consumo de alcohol y preocupación por el consumidor de alcohol

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
AUDIT	52.24	4.86	.173	.028	42.63	61.85
$F=4.90, R^2=30\%$						

Nota: AUDIT= Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, SE = Error estándar, IC =Intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS =Límite Superior, F = Estadístico F, p = Valor de p , R^2 = Varianza Explicada..

Los resultados de la tabla 23, indican un efecto positivo significativo del consumo de alcohol con estresores de preocupación ($\beta = .173, p=.028$), es decir que a mayor consumo de alcohol en un miembro de la familia mayor es la probabilidad de presentar estresores de preocupación por la conducta adictiva en el familiar, con estos resultados se acepta la primera hipótesis del estudio que indica que el consumo de alcohol de un familiar afecta positivamente con la presencia de estresores (preocupación) en el familiar del consumidor.

En relación al objetivo dos que menciona estimar la influencia de los estresores por consumo de alcohol sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol, se utilizó Modelo de Regresión Lineal, los resultados se muestran en la tabla 24.

Tabla 24

Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables estresores y tensión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.170	.046	.280	.001	.079	.262
$F=13.507, R^2=7.3$						

Nota: SE = Error estándar, IC =intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS =Limite Superior, F = estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 24 muestra que los resultados de la Regresión reporta que la presencia

de estresores en el familiar presentó un efecto positivo y significativo sobre la tensión del familiar ($\beta=.280, p<.001$), obteniendo una varianza explicada del 7.3%. Con estos resultados se acepta la hipótesis dos que indica; los estresores por consumo de alcohol afecta positivamente en la tensión del familiar.

Conforme al objetivo número tres que estipula: Estimar la influencia del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol, se utilizó Modelo de Regresión Lineal. Los resultados se presentan en la tabla 25.

Tabla 25

Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables consumo de alcohol y tensión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
AUDIT	.047	.075	.050	.530	-.100	.194
$F=.397, R^2=.40\%, p=.530$						

Nota: AUDIT= Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, SE = Error estándar, IC =intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS =Límite Superior, F = estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 25 muestra que los resultados del Modelo de Regresión destaca que el consumo de alcohol de un miembro de la familiar no presentó un efecto significativo sobre la tensión del familiar ($\beta=.050, p=.530$).

Conforme al objetivo número cuatro que menciona: Estimar la influencia mediadora de los estilos de afrontamiento y el apoyo social entre los estresores y la tensión del familiar por consumo de alcohol. Los resultados se muestran en la tabla 26.

Tabla 26

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables estresores, afrontamiento y apoyo social sobre tensión (procedimiento hacia atrás).

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.130	.049	.214	.009	.033	.228
Afrontamiento tolerate	.001	.081	.001	.987	-.160	.162
Afrontamiento Comprometido	-.188	.077	-.216	.016	-.339	-.036
Afrontamiento retirada	.119	.099	.107	.231	-.076	.313
Apoyo Social	-.105	.061	-.142	.088	-.225	.016
$F=5.00, R^2=13.9\%, p<.001$						
Modelo 2	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.130	.049	.214	.009	.033	.227
Afrontamiento Comprometido	-.187	.076	-.215	.014	-.337	-.038
Afrontamiento retirada	.119	.096	.107	.220	-.072	.309
Apoyo Social	-.105	.061	-.142	.087	-.224	.015
$F=6.29, R^2=13.9\%, p<.001$						
Modelo 3	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.126	.049	.207	.011	.029	.223
Afrontamiento comprometido	-.140	.065	-.161	.033	-.269	-.011
Apoyo Social	-.117	.060	-.159	.050	-.235	.001
$F=7.86, R^2=13.1\%, p<.001$						

Nota: SE = Error estándar, IC = intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS =Límite Superior, F = estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 26 muestra que los resultados de la Regresión donde se destaca que el uso del afrontamiento comprometido y el apoyo social presentaron un efecto negativo

significativo sobre la tensión del familiar.

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 26 se muestra que el modelo fue significativo con una varianza explicada del 13.9%, al observar la contribución de cada variable se muestra que las variables que mostraron un efecto sobre la tensión del familiar fueron; los estresores, el estilo de afrontamiento comprometido y el apoyo social percibido. Posteriormente se aplicó el procedimiento Backward (método hacia atrás), para visualizar las variables que tienen mayor contribución al modelo, se verificó que las variables que mantienen efecto significativo son los estresores ($\beta=.207, p=.011$), el estilo de afrontamiento comprometido ($\beta=-.161, p=.033$) y el apoyo social ($\beta=-.250, p=.050$).

Con estos resultados se aprueba la cuarta hipótesis que indica que los estilos de afrontamiento y el apoyo social del familiar tienen un efecto sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol. Es decir que a mayor estilo de afrontamiento comprometido y mayor apoyo social, menor es la presencia de síntomas de tensión del familiar del consumidor de alcohol.

Para dar respuesta al objetivo número cinco que indica Estimar la influencia mediadora de la esperanza y el funcionamiento familiar entre los estresores por consumo de alcohol en el familiar y la tensión. Los resultados se muestran en la tabla 27.

Tabla 27

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables estresores, esperanza y funcionamiento familiar sobre tensión (procedimiento hacia atrás)

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados β	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.138	.047	.226	.004	.044	.231
Coherencia	-.022	.062	-.033	.728	-.144	.101
Individuación	-.050	.053	-.085	.347	-.155	.055
Cambio del sistema	-.102	.061	-.158	.097	-.222	.019
Mantenimiento del sistema	.211	.074	.269	.005	.065	.358
Esperanza	.191	.052	.273	.001	.089	.293
$F=6.41, R^2=20.0\%, p<.001$						
Modelo 2	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados β	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.138	.047	.226	.004	.045	.231
Individuación	-.053	.052	-.090	.311	-.157	.050
Cambio del sistema	-.109	.057	-.169	.061	-.222	.005
Mantenimiento del sistema	.204	.071	.261	.005	.064	.345
Esperanza	.189	.051	.271	.001	.088	.290
$F=7.71, R^2=19.9\%, p<.001$						
Modelo 3	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados β	Valor de p	IC 95% para B	
	B	SE			LI	LS
Estresores	.127	.046	.209	.006	.036	.218
Cambio del sistema	-.125	.055	-.194	.025	-.234	-.016
Mantenimiento del sistema	.184	.068	.234	.008	.049	.319
Esperanza	.185	.051	.265	.001	.084	.286
$F=9.38, R^2=19.4\%, p<.001$						

Nota: SE = Error estándar, IC =intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS =Límite Superior, F = estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 27 se muestra que el modelo fue significativo con una varianza explicada del 20%, al observar la contribución de cada variable se

muestra que las variables que mostraron un efecto sobre la tensión del familiar fueron; los estresores, mantenimiento del sistema de la funcionamiento familiar y la esperanza. Posteriormente se aplicó el procedimiento Backward (método hacia atrás), para visualizar las variables que tienen mayor contribución al modelo, se verificó que las variables que mantienen efecto significativo son los estresores ($\beta=.209$, $p=.006$), el mantenimiento del sistema de la funcionamiento familiar ($\beta=.234$, $p=.008$), cambio del sistema de la funcionamiento familiar ($\beta=-.194$, $p=.025$) y la esperanza ($\beta=.265$, $p=.001$), con estos resultados se puede decir que a mayor esperanza por consumo de alcohol y mayor mantenimiento del sistema familiar mayor será presencia de síntomas de tensión en el familiar, así mismo se mostró que a menor cambio en el sistema familiar mayores son los síntomas de tensión del familiar del consumidor de alcohol.

Con estos resultados se aprueba la quinta hipótesis que indica que la esperanza por consumo de alcohol en el familiar y el funcionamiento familiar (cambio del sistema y mantenimiento del sistema) tienen un efecto sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol.

Por último, en la figura 3 se muestran las relaciones que existen entre las relaciones de los conceptos del modelo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol, el cual fue estadísticamente significativo, obteniendo una varianza explicada de 23.3%.

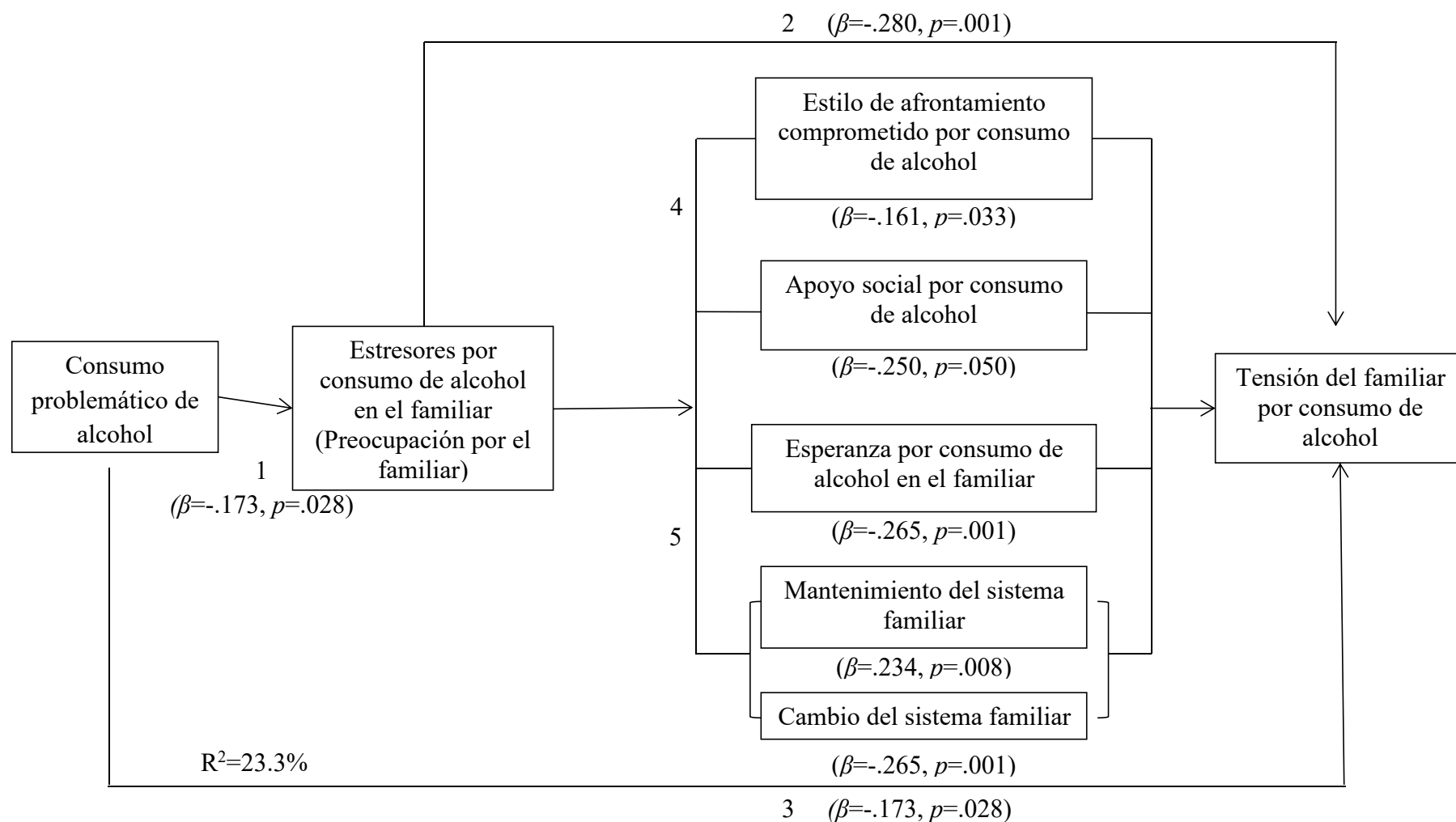


Figura 3 Modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol

Capítulo IV

Discusión

El propósito del presente estudio fue analizar los efectos que produce el consumo de alcohol de un miembro de la familia, de los estresores, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, la esperanza y la funcionalidad familiar sobre la tensión en personas con familiares con problemas de consumo de alcohol mediante la realización de un modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol sustraído del Modelo SSCS y los conceptos de funcionamiento familiar, esperanza y consumo de alcohol. Los datos recolectados fueron tomados de una muestra de 322 participantes (161 familiares y 161 consumidores de alcohol) del área metropolitana del estado de Nuevo León.

De acuerdo a la descripción sociodemográfica de los participantes (familiares del consumidor), el 91.3% de los participantes son del sexo femenino, el 19.9% tienen entre 42-49 años, el 55.3% son casados, el 55.9% reportó que no trabaja actualmente y el 70.2% mencionó que su pareja (novio(a)/esposo(a)) es quién tiene problemas de consumo de alcohol. Estos resultados obtenidos concuerdan con Anderson (2018), Arcidiacono et al. (2010), Edwards et al., (2018), Lee et al. (2011), López et al. (2016), Orford et al. (2017), Sell y Magor (2016) y Spicer y Copello (2014) quienes mencionan que las mujeres (en alguna relación sentimental o que vivan con un consumidor de alcohol) en el grupo de edad de adultos jóvenes (35-59 años) son quien mayormente tienen familiares con problemas de consumo. Sin embargo, difiere con lo dicho por Arcidiacono et al. (2010), Edwards et al., (2018), Orford et al. (2017), López et al. (2016) y Spicer y Copello (2014) quienes mencionan que los hijos o los padres de familia son quienes presentan mayores problemas debido a la conducta de consumo de su familiar.

Respecto al consumidor de alcohol, el 93.8% de los participantes fueron del sexo masculino, el 18.6% tienen entre 52-59 años. El 62.7% son casados, el 21.7% viven en unión libre con su pareja. El 87% de los participantes reportó que trabaja actualmente

(45% empleados y 42.1% obreros). Los resultados obtenidos concuerdan con lo dado a conocer por Spicer y Copello (2014) quienes mencionan que los hombres son las personas que principalmente tienen problemas de consumo de alcohol.

Acorde a la conducta de consumo del participante (consumidor de alcohol), el 51.6% mencionó que inició a consumir alcohol entre los 15 y 19 años, el 73.9% mencionó que consume cerveza y el 12.4% tequila. El 47.2% de los participantes consumen entre 10-14 bebidas por ocasión, con una frecuencia de consumo de dos veces por semana (39.8%) siendo su hogar en donde se consume con mayor frecuencia (78.9%) y el 75.8% mencionó que ha tenido accidentes (31.3% han sido asaltados y 28.7% accidentes automovilísticos). Estos resultados concuerdan con lo señalado por la ENCODAT puesto que se reportó que la cerveza y el tequila son las bebidas de preferencia de consumo en el país. Asimismo, concuerda con edad de inicio de consumo y a la incidencia de accidentes de los participantes, debido a que los participantes mencionaron que iniciaron a consumir alcohol durante la adolescencia y han tenido accidentes de tipo automovilísticos como consecuencia del consumo de alcohol, lo cual puede provocar días perdidos afectando su vida laboral y familiar. Asimismo, concuerdan con lo dicho por Short, Cronkite, Moos y Timko (2014) quienes indican que los consumidores tienen una conducta de consumo de alcohol excesivo de 14 bebidas por ocasión y difieren con lo reportado por la ENCODAT debido a que la cantidad de bebidas consumidas de los participantes del estudio es superior a lo reportado por dicha encuesta.

De acuerdo al primer objetivo que señala Estimar la influencia del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia sobre los estresores por consumo de alcohol en el familiar del consumidor, de acuerdo a los resultados se reporta que el consumo de alcohol de un familiar presentó efecto positivo no significativo sobre el índice general de los estresores en el familiar. Sin embargo, sí se mostró efecto positivo significativo del consumo problemático de alcohol (AUDIT) del familiar consumidor

con la dimensión de preocupación por el consumidor de alcohol (estresores). Además, los participantes (familiares de consumidores) demostraron tener altos niveles de estresores, esto debido a que las puntuaciones del índice total de estresores en el familiar ante la presencia de consumo de alcohol de alguno de sus integrantes obtuvieron medias altas ($\bar{X}=63.18$).

En la hipótesis uno del estudio que señala que el consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia afecta positivamente con los estresores por consumo de alcohol en el familiar del consumidor se demostró que existe una relación positiva y significativa, lo cual indica que a mayor consumo de alcohol del consumidor mayor es la presencia de estresores en el familiar del consumidor. Estos resultados concuerdan con lo dado a conocer por Arcidiacono et al. (2010).

En este sentido, todas las familias experimentan eventos estresantes en el entorno familiar. Sin embargo, algunos eventos son de mayor severidad que otros debido a que cada evento estresante es producido por diferentes factores que afectan potencialmente la salud del familiar en un determinado período de tiempo. Asimismo, el impacto de un acontecimiento negativo en la familia varía de acuerdo al significado que se tenga en cada evento estresante ya que la valoración que tenga la persona respecto al evento puede desencadenar hechos deseables y beneficiosos o indeseables y perjudiciales (Gonzalez & Lorenzo, 2012).

En este sentido, la presencia de estrés es una respuesta de la familia a un evento estresante, en este caso particular, la presencia de altos niveles de consumo de alcohol por alguno de sus miembros. El convivir con un familiar cercano puede producir incertidumbre y caos, así como un conjunto de emociones confusas y dilemas constantes que afectan la salud física y psicológica de los familiares. El impacto en los familiares puede ser particularmente doloroso debido a que el comportamiento del consumidor de alcohol en la familia produce un alto nivel de preocupación a causa de la conducta que se genera ante el consumo problemático de alcohol en el familiar. Lo anterior, puede

causar la presencia de mayores malestares en los familiares y, como resultado, la presencia de problemas múltiples y complejos, entre ellos, la presencia de altos niveles de estresores y relaciones tensas (Natera, 2014, Orford, 2017, Orford et al., 2010).

De acuerdo al segundo objetivo que plantea Estimar la influencia de los estresores por consumo de alcohol sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol, los resultados destacan que la presencia de estresores en el familiar presentó un efecto positivo y significativo sobre la tensión en el familiar, obteniendo una varianza explicada del 7.3%. Con estos resultados se acepta la hipótesis dos que indica; los estresores por consumo de alcohol en el familiar afectan positivamente a la tensión en el familiar. Además, al observar las puntuaciones del índice total de tensión del familiar por consumo de alcohol, los participantes obtuvieron medias altas de tensión. Estos resultados concuerdan con lo dado a conocer por Arcidiacono et al. (2017), Lee et al. (2011) y Templeton (2009).

La salud mental es una parte importante del bienestar y la salud en una persona. La existencia de un acontecimiento que afecte la salud mental puede llegar a ser un factor de riesgo importante en la aparición de estresores en una persona y esto puede afectar en como una persona piensa, siente, actúa así como la manera en que se afronta el estrés, en como se relaciona con los demás, como se toman decisiones durante este acontecimiento considerado perturbador o ante la presencia de alguna situación de amenaza en la vida de la persona así como en la aparición de síntomas físicos o enfermedades (Reyes, Ibarra, Torres & Razo, 2013).

Particularmente, en la problemática de consumo de alcohol en la familia, vivir con un consumidor problemático puede llegar a generar estresores debido a la conducta adictiva (altos niveles de alcohol) de algún familiar que, a corto o largo plazo, producen una serie de reacciones, que en ocasiones son negativas, las cuales tienen implicaciones en la salud física y psicológica de los familiares. Los familiares de consumidores de alcohol constituyen un gran grupo de personas a nivel mundial que se encuentran en alto

riesgo de enfermar o a padecer afecciones en la salud física o mental como: sentimientos de ansiedad, depresión, desesperación, miedo, entre otros; además de sentimientos negativos dirigidos a su familiar como ira y resentimiento o dirigidos a sí mismos como culpa, pérdida de confianza y valor en sí mismos que incrementan la presencia de estresores en los familiares (Natera, 2014; Orford, 2017; Orford et al., 2010; Orford et al., 2013).

Estos estresores son un alto factor de riesgo para que los miembros de la familia del consumidor con frecuencia suelen percibirse como una persona que tiene mala salud, en donde comúnmente, presentan trastornos del sueño, alimentación, aumento o inestabilidad en su conducta de uso de sustancias (drogas legales o uso de drogas médicas) así como síntomas de tensión (dolor de espalda, hipertensión, asma, palpitaciones, migrañas, diarrea, entre otros) (Natera et al., 2011; Orford, 2017; Orford et al., 2010).

En lo que respecta al objetivo número tres que estipula Estimar la influencia del consumo problemático de alcohol de un miembro de la familia sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol, los resultados dan a conocer que el consumo de alcohol de un miembro de la familiar no presentó un efecto significativo sobre la tensión del familiar.

La conducta problemática de consumo de alcohol de una persona se ha visto documentada que produce problemas sociales así como consecuencias en la salud física y mental de los familiares con los que comúnmente convive el consumidor de alcohol. Particularmente en este estudio, los participantes (familiares) dieron a conocer que esta conducta adictiva es un aspecto que les preocupa, sin embargo, no es un factor causal para la aparición de problemas físicos o mentales.

Esto puede deberse a varios factores: uno de ellos es a la percepción social que se atribuye a los consumidores de alcohol, ya que , gran parte de los participantes consumidores de alcohol entrevistados fueron del sexo masculino. Esta característica

sociodemográfica se ve fuertemente relacionada a que se consuma altos niveles de alcohol sin que sea percibido, por el familiar y por el mismo consumidor, como un problema que necesite ser tratado. Asimismo, el consumo de alcohol en el sexo masculino suele ser en grandes cantidades por ocasión, probablemente esta conducta es por la percepción que se le atribuye al consumo de alcohol en diversas situaciones como las relacionadas con el “machismo” o “masculinidad” debido a que los varones suelen percibirse como superiores o creen tener un mayor potencial al momento de abusar del consumo de alcohol relacionándolo con una mayor independencia, mayor poder, no ser una persona débil aunado a la gran satisfacción que sientan al ser sociablemente reconocidos y no visualizarlo como un problema de salud (Chávez- Ayala, Rivera-Rivera, Leyva- López, Sánchez-Estrada, Lazcano- Ponce, 2013; Toquero & Salguero, 2013).

Además, la identidad masculina tiene como una de sus características el asumir riesgos, es decir, se acostumbra que los hombres consuman altos niveles de alcohol. Esta situación se asume como un aspecto cultural que no se puede cambiar y no es percibida como una conducta que necesita de atención en salud, por lo cual, los familiares suelen verlo como un comportamiento aceptable. (Dempsey, et al., 2016; Moreta-Herrera, Ilaja-Verdesoto, Mayorga-Lascano, León-Tamayo, & López-Castro, 2018).

Otra razón por la cual sean estos resultados es debido al entorno sociocultural, puesto que, la ingesta de altos niveles de consumo de alcohol no ha sido visualizado como un problema social y de salud en cuestión debido que en nuestro país existen tradiciones familiares y sociales que generan creencias positivas ante esta conducta adictiva. Además, consumir alcoholes considerado un acto social y está profundamente arraigado en un contexto de valores, creencias, expectativas, publicidad en relación con el consumo de alcohol y actitudes hacia el alcohol que son muy importantes porque tienen una poderosa influencia en la ingesta de bebidas alcohólicas, así como la percepción de normas de consumo e historia de consumo que el familiar identifica o interpreta en su relación con sus familiares, por lo cual, esta conducta es aceptable y no

es considerada como un aspecto que puede provocar problemas en la salud (Pérez, 2012). Por lo que la percepción de riesgo de los integrantes de la familia y del consumidor disminuye, es decir, el consumo de alcohol es no percibido como un problema, se asume que no se requiere ningún tipo de restricción, regulación o atención, por lo que el consumidor no padecen de algún tipo de problema de salud que necesite atención médica (Grigoravicius, Iglesias, Ponce, García, Pandolfi, & Nigro, 2013; Terrero, Cisneros, Becerra, Ligonio, & Castañón, 2017).

Cabe señalar, esta justificación es debido a los comentarios proporcionados por los familiares del consumidor de alcohol al momento de esta entrevista, puesto que, mayormente eludían a su familiar por consumir altos niveles de consumo de alcohol al mencionar que “es algo común en ellos”, “es que es hombre y los hombres eso hacen”, “es que así era su padre, así que no pasa nada”, “si consume mucho pero no todos los días”, “así suelen consumir mis familiares así que ya estoy acostumbrada”, “es como se desestresa pero no pasa nada”, “ya se como tratarlo cuando anda asi borracho” entre otros comentarios.

En relación al objetivo número cuatro que menciona: Estimar la influencia mediadora de los estilos de afrontamiento y el apoyo social entre los estresores por consumo de alcohol y la tensión del familiar por consumo de alcohol, los resultados indican que el uso del afrontamiento comprometido y el apoyo social presentaron un efecto negativo significativo sobre la presencia de tensión con una varianza explicada del 13.9%. Además, de acuerdo a la hipótesis cuatro que indica que los estilos de afrontamiento y el apoyo social por consumo de alcohol del familiar tienen efecto sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol, los resultados demostraron que los estilos de afrontamiento y el apoyo social tienen una relación negativa y significativa con la presencia de tensión en el familiar.

Lo anterior puede deberse a que los familiares de consumidores responden o reaccionan a la conducta adictiva que sucede en la familia de acuerdo a sus

características personales ,ya que, este proceso es individual y único. Lo anterior es debido a que cada persona tiene sentimientos, creencias, experiencias, actitudes lo cual atribuye un significado a la percepción de la gravedad del consumo problemático de alcohol. Asimismo, la forma en que el miembro de la familia actúa ante este problema varía de acuerdo a la relación familiar o sentimental que se tenga con el consumidor (Natera, 2014; Natera et al., 2011; Orford, 2017).

Específicamente en la población de estudio, los participantes mencionaron tener mayor uso del estilo de afrontamiento comprometido. El familiar al llevar a cabo este afrontamiento busca un cambio en la conducta adictiva de su familiar, es decir, realizan acciones que incluyen intentos activos para controlar o reducir el consumo de alcohol a través de maneras que pueden ser emocionales, asertivas y controladoras (recuperar el control de su familiar, ya sea amenazando, cuidando o hablando con ella para que deje de consumir), lo cual, podría lograr ayudar a mejorar el bienestar del familiar del consumidor y buscar disminuir los síntomas de tensión.

Específicamente en esta población de estudio, estos resultados también pueden presentarse debido a que las mujeres son la población que más está relacionada con los consumidores de alcohol. Esta característica puede ser un factor que incrementa la presencia de este estilo de afrontamiento (comprometido) debido al condicionamiento social y cultural que rodea a la mujer ya que es comúnmente visto que las mujeres sean, por naturaleza, dependientes de las acciones de los hombres. Asimismo, este estilo de afrontamiento puede deberse a las complicaciones que suceden en la relación familiar debido a que el consumo problemático de alcohol puede llegar a perjudicar el funcionamiento de la familia, ya que, pueden sentir que los consumidores no aporten las mismas cosas que ellas a su familia de manera que adquiere responsabilidades y funciones que no le corresponden por lo que puede buscar soluciones para disminuir este problema y se compromete en hacer un cambio en la conducta adictiva del consumidor.

Asimismo, estos resultados también pueden deberse a que esta conducta se asocia

con la codependencia en la relación de pareja producida por la relación sentimental que se tienen con el consumidor. Este vínculo codependiente lo asocian también con cualidades como cuidar y proteger a su pareja sin tomar en cuenta sus propias necesidades debido al temor de ser abandonada por su pareja por lo que mantienen fuertes compromisos con sus parejas, a pesar del estrés, sufrimiento y falta de compensación en estas relaciones, es decir, pone como objetivo principal solucionar la dependencia del consumidor (Benenaula, 2017; Mena, 2017; Ortega & Morocho, 2017).

Además del uso de estilo de afrontamiento comprometido en la población de estudio, el apoyo social resultó ser una manera eficaz para enfrentar la problemática en la familia debido al consumo de alcohol. Particularmente, el apoyo social tiene la capacidad de ayudar al familiar a enfrentar los problemas y sirve como elemento amortiguador de las experiencias negativas que producen síntomas de tensión y estrés en el familiar. En este sentido, el apoyo social beneficia al desarrollo de un estado físico y psicológico más saludable y reduce las consecuencias negativas ante los eventos estresantes. Las personas que cuentan con una red de apoyo confiable son los usuarios que buscan ayuda profesional (apoyo formal) ante los problemas para lograr una reducción de su problemática (Orford et al., 2017; Orford et al., 2013; Orford et al., 1998c).

Particularmente en la población de estudio, los familiares de consumidores al disponer de un apoyo social adecuado y con fácil acceso, ya sea religiosos, educativos o familiar, puede contribuir a que la persona sea menos vulnerable y que afronte los problemas o conflictos de su cotidianidad así como permite disminuir sus síntomas de tensión debido a que les brinda una mayor protección durante su problemática en la familia y les puede ayudar a prevenir afecciones en su salud (Orford et al., 2017; Orford et al., 2013).

Acorde al objetivo número cinco que indica Estimar la influencia mediadora de la esperanza y el funcionamiento familiar entre los estresores por consumo de alcohol en el

familiar y la tensión, los resultados indican que las variables estresores por consumo de alcohol, el cambio del sistema familiar, el mantenimiento del sistema familiar y la esperanza presentaron un efecto significativo sobre la tensión con una varianza explicada del 13.1%. Además, conforme a la hipótesis cinco que indica que la esperanza y el funcionamiento familiar tienen efecto sobre la tensión del familiar por consumo de alcohol, los resultados revelaron que la esperanza y el funcionamiento familiar tienen una relación positiva, sin embargo, solamente la esperanza es significativa con la presencia de tensión en el familiar.

Esto puede deberse a que la esperanza es un proceso que permite pensar en nuestras metas, en cómo alcanzarlas y en las creencias que tenemos sobre nuestra capacidad para realizarlas, no solo desde lo racional sino también desde lo emocional. Este factor ejerce gran influencia en eliminar o reducir problemas físicos y psicológicos antes de que sucedan. Asimismo, permite que la persona tenga más capacidad o habilidad adaptativa para resolver sus problemas y es capaz de promover la salud mental y física (Carr, 2007; Halama, 2010; Seligman, 2002).

Asimismo, la esperanza sirve para ayudar a valorar el apoyo social que la persona tiene, lo cual, permite aumentar su bienestar y su calidad de vida particularmente en personas vulnerables. Así mismo, la esperanza también ha sido relacionada con una mayor confianza en uno mismo y en el entorno, lo cual genera un autoconcepto positivo, aumenta su autoestima y su empoderamiento frente a las dificultades, al ejercer gran influencia en eliminar o reducir problemas físicos y psicológicos antes de que sucedan. Es decir, ayuda al individuo a reaccionar positivamente en caso de enfermedades y lesiones debido a que el sistema inmunológico y hormonal de la persona llena de esperanza es más eficaz, pueden llegar a tolerar más el dolor, tienen más capacidad o habilidad adaptativa para resolver sus problemas y promover la salud tanto física y mental de la persona (Carr, 2007; Halama, 2010; Seligman, 2002; Snyder, 2002).

Particularmente en los participantes del estudio, la esperanza que tiene el familiar resulto ser un factor mediador vital que le permite generar emociones positivas y aumentar la motivación que tiene el familiar hacia su propia vida y puede incrementar su bienestar emocional y el sostenimiento de su salud cuando enfrentan la problemática de consumo de alcohol dentro de su familia, esto debido a que el tener un pensamiento positivo, a pesar de las situaciones negativas que enfrentan, cambia la perspectiva con la que visualiza el problema esto al creer que existirá un cambio positivo en el familiar que padece de la adicción, ya que al tener una creencia positiva y pensar que las cosas cambiaran de una manera favorable puede llegar a promover la incorporación de medidas preventivas que permitan ayudar en su salud.

Por otro lado, para el desarrollo óptimo de una persona, la familia constituye el ambiente de mayor importancia al dirigir a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad a través del uso de estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas que surgen en el entorno. No obstante, como sistema social, la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos en donde experimentan cambios que con frecuencia alteran la salud familiar (Friedemann, 1995).

En este sentido, todas las familias experimentan eventos estresantes en donde algunos son de mayor severidad que otros, y en ocasiones, un mismo sistema familiar puede verse obligado a afrontar un gran número de estresores en poco tiempo. Sin embargo, la valoración que tiene el familiar del estresor, la ocurrencia de los estresores, el tipo de interacciones y de la comunicación que se genera en su entorno afecta a los recursos de los que disponen sus integrantes y, en consecuencia, también incide en su ajuste y adaptación (Musitu & Callejas, 2017).

En los participantes de este estudio, los resultados obtenidos pueden obtenerse dado a que existe una percepción de funcionalidad familiar moderada, ya que en los integrantes que fueron entrevistados pueden tener una interferencia en la percepción que

se tiene de su propia familia. Asimismo, puede deberse a que el propósito del sistema familiar se encuentra centrado en la problemática del consumidor puesto que las acciones que se realizan en la familia (acciones para un bien común) se encuentran enfocadas en buscar una solución al lograr comprometerse para que el consumidor pueda lograr disminuir su conducta adictiva.

Dentro de un sistema familiar, el tener un control que permita una regularización y reducción de las amenazas externas (consumo de alcohol) que producen altos niveles de estresores a través del uso de mecanismos internos (estilos de afrontamiento, apoyo social, esperanza, etc.) podría ayudar a reducir la vulnerabilidad de los familiares y a proteger al sistema familiar de las amenazas y así restablecer el entorno familiar.

Sin embargo, en los resultados obtenidos en el estudio, la existencia de altos niveles de tensión en los miembros de la familia es producido por características relacionadas al funcionamiento del núcleo familiar (alto nivel de mantenimiento del sistema y bajo cambio en el sistema familiar). Lo anterior puede ser debido a la percepción cultural que se tiene en las familias en nuestro país, puesto que, en la cultura familiar las características propias (como las creencias, los patrones, normas, costumbres, mitos, etc.) que existen en cada familia son adquiridas de las personas significativas con las que conviven e interaccionan a lo largo del tiempo, por lo que esta experiencia cultural puede marcar un momento clave en la formación de los significados con los que se va desarrollando la identidad personal de una persona.

Asimismo, las acciones que se realizan para proteger a la familia ante situaciones estresantes (como el consumo de alcohol), mayormente por las mujeres, suelen estar relacionadas al mantenimiento del hogar y a tener un buen funcionamiento familiar preservando su cultura, patrones, tradiciones y creencias que no estimulan las modificaciones de comportamiento en los familiares y pueden estar favoreciendo la conducta de consumo de alcohol. Sin embargo, llevar a cabo la inclusión de nuevos comportamientos o conductas que puedan realizar cambios en la cultura que se tiene en

la familia puede contraponer la congruencia familiar y comprometer la salud de los familiares (Garcia-Madrid, et al., 2007; Perdomo, Ramírez, & Galán, 2015).

Conclusiones

Los resultados permitieron caracterizar a los familiares de consumidores de alcohol, se mostró que 91.3% de los participantes fueron de sexo femenino, entre edades de 18 y 49 años, 55.3% casados y el 70.2% mencionó ser pareja del consumidor de alcohol. La bebida más consumida fue la cerveza, refieren que su familiar consume dos veces por semanas siendo su hogar el sitio de preferencia en donde consumen y 76.4% de los familiares consumidores han tenido accidentes.

El consumo problemático de alcohol de un familiar presentó un efecto positivo sobre los estresores de preocupación de un miembro de la familia.

Los estresores afectan positivamente en la presencia de tensión en el familiar.

El consumo de alcohol de un miembro de la familia no presentó un efecto significativo sobre la tensión en el familiar.

Las variables que mostraron un efecto sobre la tensión en el familiar fueron; los estresores, el estilo de afrontamiento comprometido, el apoyo social percibido, mantenimiento del sistema y cambio del sistema de la funcionalidad familiar y la esperanza.

Los estilos de afrontamiento y el apoyo social por consumo de alcohol del familiar tienen un efecto negativo sobre la tensión en el familiar.

La esperanza por consumo de alcohol en el familiar y la funcionalidad familiar tienen un efecto sobre la tensión en el familiar.

Cabe mencionar que los Modelos de Regresión ajustados respaldan a las proposiciones propuestas del Modelo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol derivadas del Modelo SCSS.

Recomendaciones

El presente estudio permitió comprender como es la problemática que enfrenta los

participantes (familiar) ante la conducta problemática de consumo de alcohol de un miembro de la familia. Sin embargo, es de suma importancia seguir estudiando estas variables de estudio y considerar otras variables de origen psicosociocultural (codependencia, espiritualidad, religiosidad, estigma) puesto que pueden ampliar la comprensión del problema de estudio.

Además se recomienda el uso de estudios longitudinales, con el fin de comprender y conocer como son las capacidades cognitivas que tiene el familiar del consumidor ante el consumo de alcohol para lograr observar posibles cambios positivos (disminuir la tensión y otros problemas que afecten la salud) a través de lapsos de tiempos.

Es importante realizar estudios de tipo cualitativo con la finalidad de conocer, comprender e interpretar la realidad con la que vive el familiar del consumidor problemático de alcohol y así obtener una mejor comprensión del fenómeno de estudio.

Asimismo, lograr el interés de los profesionales de salud hacia esta problemática para incrementar una búsqueda de soluciones en conjunto para las familias que tengan un integrante con dependencia al alcohol.

Realizar la adaptación de instrumentos de medición en el problema de estudio para implementar mediciones con instrumentos específicos con la finalidad de ampliar los conocimientos. Por último, continuar avanzando en la temática, para en el futuro poder realizar tratamientos a los familiares de consumidores a través de intervenciones de enfermería basadas en teoría y que contribuyan al bienestar biopsicosocial del familiar.

Limitaciones

Asimismo, existieron diversas limitaciones en el estudio puesto a la complejidad de la problemática que se abordó, las cuales deben ser consideradas para la realización de estudios posteriores. Considerar que la perspectiva del familiar del consumidor puede estar distorsionada ante este problema de adicción, puesto que esta conducta puede ser vista como una conducta tolerable, sin repercusiones y que no afecta en la salud del individuo.

Además, el reclutamiento dentro de servicios de primer nivel de atención (personal médico u otros usuarios pueden ver que aceptan el problema) puede llegar a ser un factor que disminuya la participación del estudio, puesto a que la problemática de estudio es un problema que puede llegar a ser estigmatizado y, al aceptarlo, pueden percibir que otras personas las hagan menos o eviten su contacto.

Otra limitación sucedida fue la falta de interés de los participantes, es de suma importancia tener empatía con el participante para lograr que puedan dar a conocer sus problemas en la familia así como su conducta de alcohol, se debe hacer que ellos se sientan comprendidos sin que se perciban estigmatizados, señalados como una persona “enferma” o ser juzgados.

Referencias

- Alexanderson, K. & Näsman, E. (2017). Children's experiences of the role of the other parent when one parent has addiction problems. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 32-39.
- Alonso-Castillo, M.A., Yanez-Lozano, A., Armendariz-Garcia, N. A. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions*, 17(1), 87-96.
- Araujo, A. P., Schiavon, G., Silva, G. & Neves, M (2015). Abuso de bebida alcohólica e sua relação no contexto familiar. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 22-30.
- Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Berti, P., Albanesi, C., Sommantico, M., & Copello, A. (2010). Italian families living with relatives with alcohol or drugs problems. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(6), 659-680.
- Babor, T. (2001). Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. *Ginebra: OMS*.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The alcohol use disorders test: Guidelines for use in primary care.
- Benenaula, M. V. (2017). *Dimensiones de la Personalidad en mujeres. Codependientes* Tesis de Licenciatura. Universidad del Azuay.
- Bratek, A., Beil, J., Banach, M., Jarzabek, K., & Krysta, K. (2013). The impact of family environment on the development of alcohol dependence. *Psychiatr Danub*, 5, 74-77.
- Bustamante, F. & Quintana, A. (2016). Control parental en padres consumidores y no consumidores de alcohol desde la perspectiva de sus hijas adolescentes. *PSIQUEMAG*, 4(1), 81-93.
- Cano, M. A., Sánchez, M., Rojas, P., Ramírez-Ortiz, D., Polo, K., Romano, E., & De La Rosa, M. (2018) Alcohol use severity among adult hispanic immigrants: examining

- the roles of family cohesion. *Social Support, and Gender, Substance Use & Misuse*, 53(4), 668-676.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, M., Natera, G., Monreal, L. & Pacheco, L. (2015). ¡Ya no sé ni qué hacer!: barreras para la búsqueda de atención de las necesidades derivadas del consumo de alcohol. *Salud Mental*, 38(3), 185-194.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11), 1361-1363.
- Criado, M. L., Rubiano, Y. (2009). Efectividad de la funcionalidad en las familias con adolescentes de primer semestre. *Avances en Enfermería*, 27(2), 71-81.
- Daley, D., Smith, E., Balogh, D. & Toscaloni, J. (2018). Forgotten but not gone: The impact of the opioid epidemic and other substance use disorders on families and children. *Journal of Pennsylvania Politics and Policy*, 20(2-3).
- De la Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35 (2), 47-51.
- Dempsey, R. C., McAlaney, J., Helmer, S. M., Pischke, C. R., Akvardar, Y., Bewick, B. M., . . . Van Hal, G. (2016). Normative perceptions of cannabis use among European university students: associations of perceived peer use and peer attitudes with personal use and attitudes. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(5), 740-748) .
- Edwards, M., Best, D., Irving, J. & Andersson, C. (2018). Life in Recovery: A Families' Perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1-22.
- Elashoff, JD.(2007). nQuery Advisor. Version 7.0 User Guide. Statistical Solutions; Los Angeles

- Eshagh, M., Ghasemi, A., Shojaeizadeh, D., Tol, A. & Foroshani, R. (2013). Comparison Between Family Function Dimensions and Quality of Life Among Amphetamine Addicts and Non- Addicts. *Iran Red Crescent Med J*;15(4):356-356–62.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fereidouni, Z., Joolaei, S, Fatemi, N. S., Mirlashari, J., Meshkibaf, M. H. & Orford, J. (2015). What is it like to be the wife of an addicted man in Iran? A qualitative study. *Addiction Research & Theory*. 23 (2), 99-107.
- Fortes, A., & Fabelo, J. R. (2016). Funcionamiento familiar de un grupo de familias con un miembro alcohólico residentes en Centro Habana, Cuba. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(2).
- Friedemann, ML. (1995). *The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
- Galvan, D. & Padilla, E. (2018). Funcionalidad familiar de estudiantes consumidores de sustancias ilícitas de la facultad de educación de una universidad del departamento de Córdoba. Tesis de Grado, Universidad de Córdoba.
- García-Madrid, G., Landeros-Olvera, E., Arriola-Morales, G., & María, Pérez-Garcés, G. (2007). Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 21-26.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.
- González, I. & Lorenzo, A. (2012). Propuesta Teórica acerca del estrés familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2).

- Gonzalez, C., Criado, M. L., Araque, J., Cala, O., Smith, B., Jimenez, M., Salazar, T. & Milena, S. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. *Revista Salud UIS*, 43(1).
- Greenfield, T., Ye, Y., Kerr, W., Bond, J., Rehm J., Giesbrecht, N. (2009). Externalities from alcohol consumption in the 2005 US National Alcohol Survey: implications for policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(12):3205–3224.
- Grigoravicius, M., Iglesias, A., Ponce, P., García, J., Pandolfi, M. & Nigro V. (2013). Contexto Familiar y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños entre 8 y 12 Años. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1149-1162.
- Groenewald, C., & Bhana, A. (2017). Mothers' experiences of coping with adolescent substance abuse: A phenomenological inquiry. *Contemporary Nurse*, 1-15.
- Guerra, F. X., Pérez, M., Cordero, M. E., & Padilla, A. L. (2017). Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Medimay*, 23(2), 112-123.
- Gutiérrez, M., Lopera, X. M., & Cruz, L. N. S. (2017). Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(12), 1-10.
- Halama, P. (2010). Hope as a Mediator Between Personality Traits and Life Satisfaction. *Studia Psychologica*, 52(4), 309-314
- Hernandez-Castillo, L., Cargill-Foster, N.R. & Gutierrez-Hernandez, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta. *Salud Tabasco*, 18(1), 14-23.
- Hinshaw, A. S. (1979). Problems in doing research. *Western Journal of Nursing Research*, 1(4), 319-324.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones

- [CONADIC], Secretaría de Salud [SS]. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero Martínez, M. y Mendoza Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: www.inprf.gob.mx.
- Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo [NIAAA], 2015.
- Kahler, C, McCrady, B, Epstein, E. (2003). Fuentes de angustia entre las mujeres en tratamiento con sus parejas alcohólicas. *J Subst Abuse Treat.* 24(3): 257-65.
- Karriker-Jaffe, K., Greenfield, T. & Kaplan, L. (2017). Distress and alcohol-related harms from intimates, friends and strangers. *J Subst Use.* 22 (4): 434-441.
- Kellner, R. & Sheffield, B. F. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3, 88-100.
- Kothari, B. H., Sorenson, P., Bank, L., & Snyder, J. (2014). Alcohol and substance use in adolescence and young adulthood: The role of siblings. *Journal of Family Social Work*, 17(4), 324-343.
- Larsen, R. & Eid, M. (2008). The science of subjective well-being. New York: Guilford Press
- Larsen, R. & Eid, M. (2008). The science of subjective well-being. New York: Guilford Press
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, K., Manning, V., Teoh, H., Winslow, M., Lee, A., Subramaniam, M., & Wong, K. (2011). Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug and Alcohol Review*, 30(4), 441-447.
- Liepmann, M. R., Gross, K. A., Lagos, M. M., Parran, T. V., & Farkas, K. J. (2014). *Family involvement in addiction, treatment, and recovery. The ASAM Principles of Addiction Medicine: Fifth Edition.*

- Lima-Rodríguez, J., Guerra-Martín, M., Domínguez-Sánchez, I. & Lima-Serrano, M. (2015). Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectivas de pacientes y familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1165-72.
London: Routledge.
- López, A., Natera, G., Barragan, L., Martínez, A., Tiburcio, M. A. & Carrazcosa, C. (2016) Propiedades psicométricas de tres escalas para familiares de usuarios de drogas: Apoyo social, Esperanza-Desesperanza e Impacto del consumo. (*Tesis de maestría*).
- Mackrill, T., & Hesse, M. (2012). Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring—adult offspring and counselor perspectives. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 343-348.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., Dearing, R. L., & Frías, M. G. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. El Manual Moderno.
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2018). Adaptive coping strategies of affected family members of a relative with substance misuse. A qualitative study. *Journal of advanced nursing*.
- McCrady, B., Wilson, A., Fink, B., Borders, A., Muñoz, R. & Fokas, K. (2018): A consumer's eye view of family-involved alcohol treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*.
- McQuiston, C. M., & Campbell, J. C. (1997). Theoretical Substruction: A guide for theory testing research. *Nursing Science Quarterly*, 10(3), 117-123.
- Mena, A. V. (2016). Codependencia en la relación de pareja y consumo de alcohol en mujeres. Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Micallef, P. (1985). Families of illicit drug users. Doctor of Clinical Psychology Thesis. University of Birmingham

- Minear, S., & Zuckerman, B. (2013). Interventions for children of substance abusing parents. *Parenting and Substance Abuse: Developmental Approaches to Intervention*, 235-257.
- Mora, J., Natera, G. & Andrade-Palos, P. (1994). Escala de síntomas “Symptom Rating Test” [SRT]. *Salud Mental*, 17 (3), 15-23.
- Moraes, A. L., Daspett, C., Tabosa, J. H., & Macedo, S (2016). Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6)
- Moreta-Herrera, R., Ilaja-Verdesoto, B., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., & López-Castro, J. (2018). Actitudes y disposición personal ante el consumo y exposición a sustancias en adolescentes del Ecuador. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2).
- Musitu, G., & Callejas, J. E. (2017). El modelo de estrés familiar en la adolescencia: MEFAD. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 11-19.
- Nadkarni, A., Bhatia, U., Velleman, R., Orford, J., Velleman, G., Church, S., Sawal, S. & Pednekar, S. (2017): Supporting addictions affected families effectively (SAFE): a mixed methods exploratory study of the 5-step method delivered in Goa, India, by lay counsellors. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-10.
- Natera, G. (2014). Ayuda para familiares de consumidores de alcohol y drogas. Recuperado de <http://www.familiayadicciones.org.mx>.
- Natera, G., & Tiburcio, M. A. (2007). Tailoring an intervention model to help indigenous families cope with excessive drinking in central Mexico. *Salud Mental*, 30(6), 32-42.
- Natera, G., Medina, P. S., Callejas, F., Juárez, F. & Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*, 34(3), 195-201.

- Natera, G., Medina, P.S., Callejas, F., Orford, J., Salinas, G. & Tiburcio, M. (2016). Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo, México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. *Rev Panam Salud Publica*, 39(2), 67-75.
- Natera, G., Tiburcio, M., Mora, J. & Orford, J. (2009). Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. Editorial Pax. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Orford, J. (2017) How does the common core to the harm experienced by affected family members vary by relationship, social and cultural factors? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 9-16.
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 36-43.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., Crundall, I., Tiburcio, M. A. Templeton, L. & Walley, G. (2013). *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Copello, A. & Velleman, R. (1998a). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21(1), 1-13.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Copello, A. & Velleman, R. (1998b) Tolerate, Engage or Withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City, *Addiction*, 93, 1799–1813.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Brad-Bury, C., Copello, A. & Velleman, R. (1998c). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: Findings from mexican and english families. *Addiction Research*. 6 (5), 395-420.

- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J., Mora, J., Nava, A., Rigby, K. & Tiburcio, M. A. (2001). Ways of coping and health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96, 761-774.
- Orford, J., Rato, M. F., Canfield, M., Sakiyama, H. M., Laranjeira, R., & Mitsuhiro, S. S. (2017). The burden experienced by Brazilian family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 1-9.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2014). Reporte del estado global de alcohol y salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2018). Alcohol. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de Salud [OPS] (2015). Informe de situación regional sobre alcohol y la salud en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1893%3Anews&Itemid=41530(=es
- Ortega, P. D., & Morocho, N. M. (2017). *Codependencia y calidad de vida en esposas de alcohólicos del grupo “el sol nace para todos” del cantón Guano, periodo diciembre 2016-mayo 2017. Tesis de licenciatura*. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Perdomo, A, Ramírez, C., & Galán, E. (2015). Asociación de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva. *Avances en Enfermería*, 33(1), 94-103.
- Perdomo, A. Y., Ramírez., C. A., & Galán, E. F. (2015). Association of family functionality parent-adolescent in Neiva. *Avances en Enfermería*, 33(1), 94-103.

- Pérez, C. L., Lozano, P. F., Rodríguez, M. L., & Pulido, A. M. (2012). Construcción de un modelo cognitivo-social integrado por etapas para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos. *Psicología y Salud*, 22(2), 235-245.
- Ramírez, A. S., Naal, A. R., Salinas, E. K., & Pérez, C. A. (2014). Una visión del alcoholismo del padre desde la mirada de los hijos. *Salud y Drogas*, 14(2).
- Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García, M. (2007). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM*; 47(1):24-27.
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1987). Última reforma publicada [DOF 04-04-2014] México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rlgsmis.html>
- Richert, T., Johnson, B. & Svensson, B. (2017). Being a parent to an adult child with drug problems: Negative impacts on life situation, health, and emotions. *Journal of Family Issues*. 00(0). 1-25.
- Room, R., Ferris, J., Laslett, A. M., Livingston, M., Mugavin, J. & Wilkinson, C. (2010) The drinker's effect on the social environment: a conceptual framework for studying alcohol's harm to others. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 7(4):1855–1871
- Sakiyama, H., Rato, M. F., Canfield, M., Laranjeira, R., & Mitsuhiro, S. (2015). Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they?. *Drug and alcohol dependence*, 147, 276-279.
- Seligman, M. 2002'Positive psychology, positive prevention, and positive therapy' Snyder, C. R. Lopez, S. J. eds. *Handbook of Positive Psychology* Oxford University Press New York
- Sell, M. & Magor-Blatch, L. (2016) Assessment of coping in Al-Anon attending family members of problem drinking relatives, *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 11(3), 205-219.

- Simonen, J., & Törrönen, J. (2016). Older women's experiences, identities and coping strategies for dealing with a problem-drinking male family member. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-9.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.
- Spicer, C., Copello, A. (2014). The Effectiveness of Interventions and Social Support for Families Affected by Addiction. Tesis Doctoral.Universidad de Birmingham
- Stevens, E., Guerrero, M., Green, A. & Jason, L. (2018). Relationship of hope, sense of community and quality of life. *Journal of Community Psychology*. 46 (5), 567-574.
- Storvoll, E., SynnØve, I., Olea, I. (2016). Negative consequences of other people's drinking: Prevalence, perpetrators and locations. *Drug and Alcohol Review*, 35, 755-762.
- Templeton, L. (2009) Use of a structured brief intervention in a group setting for family members living with substance misuse, *Journal of Substance Use*, 14:3-4, 211-220
- Terrero, J. Y. T., Cisneros, M. A. L., Becerra, A. S., Ligonio, F. M. A., & Castañón, M. E. T. (2017). Relación de la Historia Familiar de Consumo de Alcohol y Consumo de Alcohol de los Adolescentes. *Rev Enfermería Comunitaria*, 5(1), 15-26.
- Tiburcio, M. & Natera, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*. 26(5), 33-42.
- Tiburcio, M. A., & Natera, G. (2007). Adaptación al contexto ñahñú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30(3), 48-58.
- Toner, P., & Velleman, R. (2014). Initial reliability and validity of a new measure of perceived social support for family members of problem substance users. *Addiction Research & Theory*, 22(2), 147-157.

- Torgerson, Ch., Love, H. & Vennun, A. (2018). The buffering effect of belonging on the negative association of childhood trauma with adult mental health and risky alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 88, 44-50.
- Trujillo-Guerrero, T. J., Vazquez-Cruz, E. & Cordova-Soriano, J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Atención Familiar*, 23(3), 100-103.
- Vega, O. M. & González, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16), 0-0.
- Vega-Angarita, O. M. (2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan*, 11(3).
- Velazquez, J. L., Milian, Y. & Diaz, G. (2017). Comportamiento de la dinámica familiar en pacientes alcohólicos. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 5(2), 181-191.
- Werner, A. & Malterud, K. (2016b). Encounters with services professionals experienced by children from families with alcohol problems: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 1–8.
- Werner, A., & Malterud, K. (2016a). Children of parents with alcohol problems performing normality: a qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11.
- Wilson, S., Lubman, D., Rodda, S., Manning, V., & Yap, M. (2017). The personal impacts of having a partner with problematic alcohol or other drug use: descriptions from online counselling sessions. *Addiction Research & Theory*, 1-8.

Apéndices

Apéndice A

Autorización del estudio



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ☐ SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y DESARROLLO TECNOLÓGICO / Centro Universitario de Salud

DIRCUS-829/2018

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretaría de Investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León
Presente.-

En relación al oficio SI-618/2018, le informo no tener ningún inconveniente en que la estudiante **MCE. ESTEFANY MARLENE LÓPEZ CHARLES**, acuda a la Clínica Universitaria San Rafael del Centro Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para que obtengan la información necesaria para la prueba piloto de su estudio de tesis titulado *"Modelo explicativo de tensión para familiares de personas con problemas de consumo de alcohol"*.

Asimismo, le solicito de la manera más atenta informar a la **MCE. LÓPEZ CHARLES**, que antes de acudir a la clínica, tenga la amabilidad de contactar a los Dres. José Guadalupe Sánchez Hernández, jossanch@hotmail.com y Eduardo Méndez Espinosa eduardo.mendeze@gmail.com, para que le proporcionen indicaciones, ya que ellos serán los responsables de la investigación, esto apegado a los estándares de calidad y seguridad del paciente.

Agradezco su atención a la presente y aprovecho la oportunidad para enviarle un atento saludo.

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, Nuevo León, 07 de noviembre de 2018.

DR. med. REBECA THELMA MARTÍNEZ VILLARREAL
Directora

c.c.p. MCE. SELENE ARACELY VAZQUEZ CONTRERAS.- *Coordinador de Enfermería CUS/UANL*

Apéndice B

Cédula de datos personales – Consumidor

Folio _____

Por favor, lee con atención las siguientes indicaciones:

1. Asegúrate de marcar tu respuesta con una “X” o llenar el espacio en blanco.
2. Si cambias tu respuesta, borra lo marcado y vuelve a contestar con una X.
3. Marca sólo una respuesta por cada pregunta.

Es importante que no dejes preguntas sin contestar.

I.- Datos Sociodemográficos

1. Género Masculino _____ Femenino _____
2. ¿Cuál es su edad? _____ años
3. ¿Cuál es su estado civil?
Soltero(a) _____ Unión libre _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____
4. ¿Cuántas personas integran su familia? _____ integrantes
5. ¿Hasta qué nivel escolar estudió?
Primaria _____ Primaria trunca _____
Secundaria _____ Secundaria trunca _____
Preparatoria _____ Preparatoria trunca _____
Carrera técnica _____ Carrera técnica trunca _____
Universidad _____ Universidad trunca _____
6. En total ¿Cuántos años estudió? _____
7. ¿Actualmente trabaja?
Si _____ No _____
- *Si trabaja, especifique cuál es su ocupación _____

II. Consumo de alcohol

8. ¿Consumes alcohol? Sí _____ No _____

9. ¿A qué edad comenzó a consumir alcohol? _____

10. ¿Qué bebida(s) sueles consumir?

Cerveza _____ Ron _____ Vino _____ Tequila _____ Vodka _____

Pulque _____ Brandy _____ Bebida preparada _____ Otra _____

11. Aproximadamente ¿Cuántas bebidas consumes? _____ bebidas

12. ¿Dónde sueles consumir alcohol?

En casa _____ En una cantina _____ En el trabajo _____

En casa de sus amigos _____ En casa de algún familiar _____

13. ¿Has tenido algún accidente después de consumir alcohol?

Sí _____ No _____

*Si has tenido accidentes, especifica qué clase de accidente(s) ha tenido

Apéndice C

Cédula de datos personales -Familiar

Folio _____

Por favor, lee con atención las siguientes indicaciones:

1. Asegúrate de marcar tu respuesta con una “X” o llenar el espacio en blanco.
2. Si cambias tu respuesta, borra lo marcado y vuelve a contestar con una X.
3. Marca sólo una respuesta por cada pregunta.

*Es importante que no dejes preguntas sin contestar.

I.- Datos Sociodemográficos

1. Género Masculino _____ Femenino _____
2. ¿Cuál es su edad? _____ años
3. ¿Cuál es su estado civil?
 Soltero(a) _____ Unión libre _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____
4. ¿Cuántas personas integran su familia? _____ integrantes
5. ¿Cuál es su relación con la persona que consume alcohol en su familia?
 Hijo(a) _____ Novio(a)/Esposo(a) _____
 Padre/Madre _____ Otro (especifique) _____
6. En caso de ser su pareja, ¿Cuánto tiempo llevan de relación/matrimonio?
 _____ *Señala el tiempo en años/meses) que lleven de relación
7. ¿Hasta qué nivel escolar estudió?
 Primaria _____ Primaria trunca _____
 Secundaria _____ Secundaria trunca _____
 Preparatoria _____ Preparatoria trunca _____
 Carrera técnica _____ Carrera técnica trunca _____
 Universidad _____ Universidad trunca _____
8. En total ¿Cuántos años estudió? _____
9. ¿Actualmente trabaja? Si _____ No _____

*Si trabaja, especifique cuál es su ocupación

II. Consumo de alcohol del familiar

10. ¿Usted sabe que su familiar consume alcohol? **Sí** **No**

12. Aproximadamente ¿Cuántas bebidas consume su familiar? bebidas

13. Aproximadamente ¿Sabes cuántos días su familiar bebió alcohol el último mes?

14. Su familiar ¿En dónde suele consumir alcohol?

En casa En una cantina En el trabajo

En casa de sus amigos En casa de algún familiar

15. ¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se embriagó su familiar?

Hace una semana o menos Hace más de una semana

Hace un mes Hace más de un mes

16. ¿Tu familiar ha tenido algún accidente después de consumir alcohol?

Sí No

17. *Si ha tenido accidentes, especifique qué clase de accidente(s) ha tenido y hace cuanto ocurrió

[illegible]

Apéndice D

Cuestionario de impacto del miembro de la familia

Instrucciones: ¿Ha sucedido algo de lo siguiente en los últimos 3 meses como resultado del consumo de alcohol de su familiar? Marque una X en la respuesta que considere en cada pregunta

Durante los últimos tres meses	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Frecuentemente
1. ¿Tu familiar ha tenido estados de ánimo muy cambiantes?	0	1	2	3
2. ¿Personas fuera de la familia han tenido que involucrarse?	0	1	2	3
3. ¿Tu familiar llega y se va en horas irregulares o poco comunes?	0	1	2	3
4. ¿El uso de alcohol de su familiar ha interferido su vida social?	0	1	2	3
5. ¿Tu familiar ha perturbado situaciones de convivencia familiar?	0	1	2	3
6. ¿Tu familiar ha fracasado en unirse a actividades familiares?	0	1	2	3
7. ¿Tu familiar ha llegado tarde o ha sido impuntual?	0	1	2	3
8. ¿Te preocupa que la capacidad de tu familiar para trabajar o estudiar haya sido afectada por la bebida?	0	1	2	3
9. ¿Te preocupa que la salud física de tu familiar haya sido afectada por la bebida?	0	1	2	3
10. ¿Te preocupa que el estado mental de tu familiar haya sido afectado por la bebida?	0	1	2	3

Apéndice E

Cuestionario de esperanza-desesperanza

Instrucciones: En esta sección nos interesa saber cómo se siente en este momento sobre el futuro a partir del consumo de alcohol de su familiar. Ponga una marca en la opción de respuesta que se adapte mejor a como se ha sentido

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo se	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Ahora estoy empezando a ver un nuevo futuro	5	4	3	2	1
2. Tengo miedo acerca de cómo mejorara mi familiar	1	2	3	4	5
3. Mi familiar no se está tomando las cosas suficientemente en serio	1	2	3	4	5
4. Soy pesimista acerca del futuro inmediato	1	2	3	4	5
5. Creo que de esto saldrá algo realmente bueno para mi familiar	5	4	3	2	1
6. Nunca va a haber un cambio, mi familiar esta atorado	1	2	3	4	5
7. Me preocupa que mi familiar vaya a seguir bebiendo hasta el final	1	2	3	4	5
8. Las cosas están empezando a mejorar	5	4	3	2	1
9. Estoy empezando a recuperar a la persona que yo conocía	5	4	3	2	1
10. Ahora me siento más positivo acerca de las cosas	5	4	3	2	1

Apéndice F

Escala de evaluación de la funcionalidad familiar

¿Cómo es mi familia?

FAMILIA, son todas las personas que usted considera su familia: familiares, parientes y amigos a quienes acepta como de su familia; familia son todos los que usted siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en su casa o vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más o menos estrecho con usted.

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una **X** en el cuadro inferior del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su semejanza, seleccione la que considere más parecida a la de su familia. Ninguna afirmación es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

1	Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
C	2	1	2
2	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia
M S	1	2	3
3	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar
I	2	1	3
4	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa
CS	2	3	1
5	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra
C	3	2	1
6	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas
M S	1	2	3

7	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer	3	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	1	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita	2
I						
8	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	3	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	2	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano	1
CS						
9	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce	1	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera	2	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos	3
MS						
10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada	1	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga	3	En nuestra familia algunos podrían colaborar más	2
C						
11	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones	2	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	3	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien	1
MS						
12	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o donde trabajamos	1	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos	2	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas	3
I						
13	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos	1	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	3	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad	2
CS						
14	Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido	2	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia	1	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido	3
MS						
15	En nuestra familia todos podemos opinar	2	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	3	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos	1
C						
16	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro	1	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones	2	En nuestra familia somos unidos	3
MS						

17 CS	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás 1	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás 3	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia 2
18 C	En nuestra familia cada uno anda por su lado 1	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto 3	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos 2
19 MS	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales 2	En nuestra familia no hay nada que celebrar 1	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales 3
20 CS	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos 3	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad 2	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice 1

Apéndice G

Cuestionario de afrontamiento (consumo en hombres)

Instrucciones: Por favor, lee atentamente las siguientes preguntas y señale una respuesta por pregunta lo más apegado a tu realidad.

Recientemente (en los últimos 3 meses)

Por favor señale una respuesta	No	1-2 veces	A veces	A menudo
1. ¿Usted rehusó prestarle dinero o ayudarlo financieramente de otras maneras?	0	1	2	3
2. ¿Usted pone los intereses de otros miembros de la familia antes que los de su familiar?	0	1	2	3
3. ¿Usted le ayudo a él, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiando el desorden después de que él había estado bebiendo?	0	1	2	3
4. ¿Usted le dio dinero incluso cuando pensó que lo gastaría en bebida?	0	1	2	3
5. ¿Usted se sentó junto a él y habló francamente acerca de lo que se podía hacer con respecto a su forma de beber.	0	1	2	3
6. ¿Usted comenzó una discusión con él sobre su conducta de consumo?	0	1	2	3
7. ¿Usted le reprochó su conducta de consumo de alcohol?	0	1	2	3
8. Cuando él estaba bajo la influencia de la bebida, ¿Usted lo dejaba solo para cuidarse o mantenerse fuera de su contacto?	0	1	2	3
9. ¿Usted le dejó bastante claro que su bebida le estaba molestando y que tenía que cambiar?	0	1	2	3
10. ¿Usted se sintió demasiado asustada para hacer algo?	0	1	2	3
11. ¿Usted intentó limitar su consumo de alcohol haciendo alguna regla al respecto, por ejemplo prohibiendo beber en la casa o impidiendo que traiga amigos para beber en casa?	0	1	2	3
12. ¿Persiguió sus propios intereses o buscó nuevos intereses u ocupaciones para usted (involucró más en una organización política, eclesiástica, deportiva o de otro tipo)?	0	1	2	3
13. ¿Lo animó a hacer un juramento o prometer que no bebería?	0	1	2	3
14. ¿Se sintió demasiado desesperada para hacer algo?	0	1	2	3

Recientemente (en los últimos 3 meses)

Por favor señale una respuesta	No	1-2 veces	A veces	A menudo
15. ¿Lo evitó tanto como fue posible debido a su bebida?	0	1	2	3
16. ¿Tienes mal humor o emociones negativas hacia él?	0	1	2	3
17. ¿Vio todos sus movimientos o lo vigiló de cerca?	0	1	2	3
18. ¿Has seguido con tus propias cosas o has actuado como si él no estuviera allí?	0	1	2	3
19. ¿Dejó en claro que no aceptará sus razones para beber o lo encubrirá?	0	1	2	3
20. ¿Haces amenazas que realmente no querías realizar?	0	1	2	3
21. ¿Le dejó claro sus expectativas sobre lo que debería hacer para contribuir con la familia?	0	1	2	3
22. ¿Lo defendió o estuvo a su lado cuando otros lo criticaron?	0	1	2	3
23. ¿Has llegado a un estado en el que no tomaste o no pudiste tomar una decisión?	0	1	2	3
24. ¿Aceptaste la situación como una parte de tu vida que no se puede cambiar?	0	1	2	3
25. ¿Lo acusó de no amarte o de defraudarte?	0	1	2	3
26. Se sentó con él para ayudarlo a resolver alguna situación financiera?	0	1	2	3
27. ¿Cuándo sucedieron cosas como resultado de su consumo de alcohol, das excusas por él, lo encubres o te culpas?	0	1	2	3
28. ¿Buscas su bebida y la escondes o la eliminas tu misma?	0	1	2	3
29. ¿A veces te pones primero a ti, cuidándote o consintiéndote?	0	1	2	3
30. ¿Intentas mantener las cosas como normales, fingiendo que todo estaba bien cuando no estaba o escondiendo el alcance de su bebida?	0	1	2	3

Apéndice H

Cuestionario de afrontamiento (consumo en mujeres)

Instrucciones: Por favor, lee atentamente las siguientes preguntas y señale una respuesta por pregunta lo más apegado a tu realidad.

Recientemente (en los últimos 3 meses)

Por favor señale una respuesta	No	1-2 veces	A veces	A menudo
1. ¿Evitó prestarle dinero o ayudarla financieramente de otras maneras?	0	1	2	3
2. ¿Poner los intereses de otros miembros de la familia antes que los de ella?	0	1	2	3
3. ¿Salir a por ella, por ejemplo llevándola a la cama o limpiando el desorden después de que ella había estado bebiendo?	0	1	2	3
4. ¿Le dio su dinero incluso cuando pensaba que lo gastaría en bebida?	0	1	2	3
5. Se sentó junto a ella y habló con franqueza sobre lo que podría hacerse con respecto a su forma de beber.	0	1	2	3
6. ¿Comenzó una discusión con ella sobre su consumo de alcohol?	0	1	2	3
7. ¿Has hablado con ella sobre el consumo de alcohol?	0	1	2	3
8. Cuando estaba bajo la influencia de la bebida, ¿la dejaba sola para cuidar de sí misma o mantenerse fuera de su camino?	0	1	2	3
9. ¿Le quedó bastante claro que su bebida le estaba molestando y que tenía que cambiar?	0	1	2	3
10. ¿Te sentiste demasiado asustado para hacer algo?	0	1	2	3
11. ¿Intentó limitar su consumo de alcohol haciendo alguna regla al respecto, por ejemplo, prohibiendo beber en la casa o impidiendo que traiga amigos bebiendo a casa?	0	1	2	3
12. ¿Persiguió sus propios intereses o buscó nuevos intereses u ocupaciones para usted, o se involucró más en una organización política, eclesiástica, deportiva o de otro tipo?	0	1	2	3
13. ¿La animó a hacer un juramento o prometer que no bebería?	0	1	2	3

Recientemente (en los últimos 3 meses)

Por favor señale una respuesta	No	1-2 veces	A veces	A menudo
14. ¿Se sintió demasiado desesperado para hacer algo?	0	1	2	3
15. ¿La evitó todo lo posible por beber?	0	1	2	3
16. ¿Te has vuelto malhumorado o emocional con ella?	0	1	2	3
17. ¿La observó cada movimiento o la controló o la vigiló de cerca?	0	1	2	3
18. ¿Has seguido con tus propias cosas o has actuado como si ella no estuviera allí?	0	1	2	3
19. ¿Dejó en claro que no aceptará sus razones para beber o la encubrirá?	0	1	2	3
20. ¿Amenazas que realmente no querías llevar a cabo?	0	1	2	3
21. ¿Le dejó en claro sus expectativas sobre lo que debería hacer para contribuir con la familia?	0	1	2	3
22. ¿Preparados para ella o apoyados por ella cuando otros la criticaban?	0	1	2	3
23. ¿Has llegado a un estado en el que no tomaste o no pudiste tomar una decisión?	0	1	2	3
24. ¿Aceptaste la situación como una parte de la vida que no se podía cambiar?	0	1	2	3
25. ¿La acusó de no amarte o de dejarte caer?	0	1	2	3
26. ¿Se sentó con ella para ayudarla a resolver la situación financiera?	0	1	2	3
27. ¿Cuándo sucedieron las cosas como resultado de su consumo de alcohol, excusas para ella, encubrimiento para ella o culpa tuya?	0	1	2	3
28. ¿Buscó su bebida u la escondió o la desechó usted mismo?	0	1	2	3
29. ¿A veces te pones primero cuidándote a ti mismo o dándote golosinas?	0	1	2	3
30. ¿Intentó mantener las cosas como normales, fingió que todo estaba bien cuando no estaba o escondió el alcance de su consumo de alcohol?	0	1	2	3

Apéndice I

Cuestionario de apoyo social

Instrucciones: Lee atentamente las siguientes preguntas relacionadas con situaciones en las cuales pudieras tener algún tipo de apoyo. Por favor marca tu respuesta con una **X** en cada pregunta que vaya acorde a tu realidad

	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Frecuente
1. Profesionales del área de la salud me han dado información útil acerca del consumo de alcohol	0	1	2	3
2. Mis amigos me han escuchado cuando hablo de mis sentimientos.	0	1	2	3
3. Mis familiares han respaldado las decisiones que he tomado en relación al consumo de alcohol de él/ella	0	1	2	3
4. Mis familiares se han apartado de mí cuando he necesitado ayuda práctica (apoyo o asistencia)	0	1	2	3
5. Mis familiares han sido demasiado críticos con él/ella	0	1	2	3
6. Mis familiares me han dado espacio para hablar de mis problemas	0	1	2	3
7. Mis familiares me han dicho que él/ella debería irse de la casa	0	1	2	3
8. Mis familiares han dicho cosas de él/ella con las que NO estoy de acuerdo	0	1	2	3
9. Mis familiares me han evitado debido al consumo de alcohol de él/ella	0	1	2	3
10. Profesionales del área de la salud han estado a disposición para mí	0	1	2	3
11. Mis familiares me han culpado por la conducta de él/ella	0	1	2	3
12. Mis familiares me han dicho que él/ella NO merece ayuda	0	1	2	3
13. He aprendido sobre las personas que viven con un consumidor problemático de alcohol con la información de libros/folletos	0	1	2	3
14. Mis familiares me han aconsejado dejarlo(a)	0	1	2	3
15. Mis familiares han estado ahí para mí	0	1	2	3
16. Mis familiares han apoyado la forma en que enfrente el problema	0	1	2	3
17. Mis familiares me han hablado de él/ella y han escuchado lo que tengo que decir	0	1	2	3
18. Mis familiares han dicho cosas horribles de él/ella	0	1	2	3
19. He confiado mi situación a mi profesional de la salud	0	1	2	3

Apéndice J

Escala de síntomas (SRT)

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia ha experimentado los siguientes síntomas en los últimos 3 meses?, Por favor marque con una X la respuesta para cada pregunta

Durante los últimos tres meses	Nunca	A veces	A menudo
1. Sensación de mareo	0	1	2
2. Sensación de cansancio o falta de energía	0	1	2
3. Sentirse nervioso(a)	0	1	2
4. Sensación de presión en la cabeza	0	1	2
5. Sentirse asustado(a)	0	1	2
6. Falta de apetito	0	1	2
7. Los latidos de su corazón son rápidos o fuertes sin que haya alguna razón	0	1	2
8. Sintiendo que no había esperanza	0	1	2
9. Inquieto(a) o nervioso(a)	0	1	2
10. Mala memoria	0	1	2
11. Dolor en el pecho, dificultad para respirar o sensación de no tener suficiente aire	0	1	2
12. Sentirse culpable por haber hecho algo	0	1	2
13. Preocupación	0	1	2
14. Dolores musculares	0	1	2
15. Sensación de que la gente lo menosprecia o piensa mal de ti	0	1	2
16. Temblor o estremecimiento	0	1	2
17. Dificultad para pensar con claridad o dificultad para tomar una decisión	0	1	2
18. Sentirse indigno(a) o como un fracaso	0	1	2
19. Sentirse tenso(a)	0	1	2
20. Sentirse inferior a otras personas	0	1	2
21. Sentía partes de su cuerpo con entumecimiento u hormigueo	0	1	2
22. Irritable	0	1	2
23. Pensamientos que no puedes sacar de tu mente	0	1	2
24. Perdió interés en la mayoría de las cosas	0	1	2
25. Infeliz o deprimida	0	1	2
26. Ataques de pánico	0	1	2
27. Sentía partes de su cuerpo débiles	0	1	2
28. No puede concentrarse	0	1	2
29. Le toma mucho tiempo dormirse, tiene sueño no reparador o pesadillas	0	1	2
30. Despertar temprano y no poder volver a dormirse	0	1	2

Apéndice K

Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol – (AUDIT)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol en el ÚLTIMO AÑO, lee cuidadosamente cada una de ellas y subraya la respuesta que más se acerca a tu realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos).</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año, (4) Si, el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año, (4) Si, el último año</p>

Apéndice L

Consentimiento Informado para el familiar del consumidor de alcohol

Título del proyecto: “Modelo explicativo para familiares con problemas de consumidores de alcohol”

Autor del estudio: MCE Estefany Marlene López Charles

Director de Tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Introducción:

Estamos interesados en conocer como es la problemática que usted padece al tener un familiar con problemas de consumo de alcohol, por lo cual le invitamos a participar en el presente estudio de investigación. Aclarando que esta es una actividad académica científica con la finalidad de cumplir el requisito para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería por parte de la MCE Estefany Marlene López Charles. Antes de tomar la decisión de participar, Usted necesita conocer el propósito del presente estudio, la descripción, procedimiento, riesgos y beneficios del mismo.

Propósito del estudio:

El propósito de la presente investigación es realizar una teoría de rango medio que permita conocer cuáles son los efectos de la esperanza, funcionalidad familiar, el estrés provocado por un miembro de familia con problemas de alcohol, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre la tensión y bienestar del familiar ante el problema del consumo de alcohol dentro del área metropolitana del estado de Nuevo León.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán contribuir el incremento de conocimientos dentro del área de enfermería en relación con el problema de consumo de alcohol dentro de los entornos familiares. Así mismo, permitirá el diseño de intervenciones o de programas preventivos enfocados a la disminución de los problemas que se presenta en los familiares de consumidores de alcohol. Cabe de señalar, la información que se proporcione será totalmente confidencial y anónima, debido a que no se identificará su nombre o dirección de ningún participante.

Descripción del estudio/procedimiento:

Si usted acepta participar en la presente investigación se le pedirá que realice lo siguiente:

- El llenado de una Cédula de Datos Personales y siete instrumentos de medición: el Cuestionario de impacto del consumo en la familia, el Cuestionario de esperanza-desesperanza, la Escala de efectividad de la funcionalidad familiar, el Cuestionario de afrontamiento (versión consumo en hombre o (versión consumo en mujer), el Cuestionario de apoyo social y la Escala de síntomas, los cuales usted deberá contestar con la información más apegada a la realidad y sin dejar ninguna pregunta en blanco.
- Los cuestionarios serán aplicados en las instalaciones de la institución comunitaria, para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades personales, la duración aproximada del llenado de los instrumentos será entre 35 a 55 minutos aproximadamente.
- Los cuestionarios contestados serán desechados por el autor del estudio después de un periodo de doce meses.
- Al realizar el llenado de los instrumentos, usted tendrá la libertad de retirarse en cualquier momento, tomar un tiempo para después regresar para finalizar el llenado de los instrumentos y en caso que decida dejar de participar, esto no tendrá ninguna repercusión dentro de la institución de salud.

Riesgos:

Usted al participar dentro de este estudio tiene un riesgo mínimo, esto es debido a la posibilidad que tenga incomodidad con los temas que se abordan. Sin embargo, si se llegara a sentir incomodidad con el contenido y no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que usted así lo decida.

Beneficios Esperados:

En el presente estudio no hay ningún beneficio personal por su participación, pero en un futuro con los resultados obtenidos, se permitirá profundizar aspectos relevantes de la investigación con la finalidad de contribuir en el diseño o reforzamiento de intervenciones de enfermería o programas preventivos enfocados a la reducción de problemas en familiares de consumidores de alcohol.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si decide participar los únicos que conocerán la información serán usted y los responsables del estudio. La información que proporcione no se dará a conocer de forma individualizada a ninguna persona (como padres, familiares, hijos, personal de la institución de salud), los resultados serán expuestos de forma general en una tesis de grado y además podrán ser utilizados en artículos de investigación, exposiciones, conferencias, etc.

Preguntas:

Si llega a tener alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, puede comunicarse a la Secretaría de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación y que se recolecte diversa información sobre mi persona. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee.

 Firma del Participante

 Firma del Investigador

 Firma del testigo

 Firma del testigo

Fecha: _____

Apéndice M

Consentimiento Informado para consumidor de alcohol

Título del proyecto: “Modelo explicativo para familiares con problemas de consumidores de alcohol”

Autor del estudio: MCE Estefany Marlene López Charles

Director de Tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Introducción:

Estamos interesados en conocer como es la dinámica en los familiares al existir una persona que consuma alcohol, por lo cual le invitamos a participar en el presente estudio de investigación. Aclarando que esta es una actividad académica científica con la finalidad de cumplir el requisito para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería por parte de la MCE Estefany Marlene López Charles. Antes de que tomes la decisión de participar, necesitas conocer el propósito del estudio, cómo este puede ayudar y cuáles son los riesgos.

Propósito del estudio:

El propósito de la presente investigación es realizar una teoría de rango medio que permita conocer cuáles son los efectos de la funcionalidad familiar, el estrés provocado por un miembro de familia con problemas de alcohol, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre la tensión y bienestar del familiar ante el consumo de alcohol de algún familiar. Cabe de señalar que la información que se proporcione será totalmente confidencial y anónima, debido a que no se identificará el nombre o dirección de ningún participante.

Descripción del estudio/procedimiento:

Si acepta participar en la presente investigación se le pedirá que realice lo siguiente:

- Llenar una Cédula de Datos Personales y dos instrumentos de medición (la Escala de efectividad de la funcionalidad familiar y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT], los cuales deberá contestar con la información más apegada a la realidad y sin dejar ninguna pregunta en blanco.
- Al realizar el llenado de los instrumentos, tendrás la libertad de retirarte en cualquier momento, tomar un tiempo para después regresar para finalizar el llenado de los instrumentos y en caso que decida dejar de participar, esto no tendrá ninguna repercusión dentro de la institución de salud.

Riesgos:

Al participar dentro de este estudio tiene un riesgo mínimo, esto es debido a la posibilidad que tenga incomodidad con los temas que se abordan. Sin embargo, si llegara a sentir incomodidad con el contenido y no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios Esperados:

En el presente estudio no hay ningún beneficio personal por su participación, pero los resultados obtenidos se permitirá profundizar aspectos relevantes de la investigación con la finalidad de contribuir en un futuro al diseño o reforzamiento de intervenciones de enfermería o programas preventivos enfocados a la reducción de los problemas en los familiares de consumidores de alcohol.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si decide participar los únicos que conocerán tu información serán usted y los responsables del estudio. La información que proporcione no se dará a conocer de forma individualizada a ninguna persona (como familiares, hijos o personal de la institución de salud), los resultados serán expuestos de forma general en una tesis de grado y además podrán ser utilizados en artículos de investigación, exposiciones, conferencias, etc.

Preguntas:

Si llega a tener alguna pregunta sobre los derechos como participante, puede comunicarse a la Secretaría de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación y que se recolecte diversa información sobre mi persona. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Firma del testigo

Firma del testigo

Fecha: _____

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

MCE. Estefany Marlene López Charles

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: MODELO EXPLICATIVO DE TENSION PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Línea de Generación y Aplicación de Conocimiento: Prevención de Adicciones:
Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 31 de Marzo de 1990, hija del Sr. Armando López Guzmán y la Sra. Olga Lidia Charles Velázquez.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciada en Enfermería en el año 2012 y Maestría en Ciencias de Enfermería en el 2016 - 2018. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia profesional: Enfermera particular 2014. Profesor de clase clínica en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Enero 2015-Julio 2018). Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capitulo Tau Alpha desde 2014 y la Red Internacional de familias y Adicciones (AFINet)..

Correo electrónico: fany_mar3@hotmail.com